

# **Hospitais SNS**

## **Contrato-Programa**

### **2007**

**Preços e Convergência**  
**Fixação de Objectivos**

**Comissão para a Contratualização em  
Saúde**

**Versão Final**

**Aprovada em 20.11.2006 pelo Senhor Secretário de Estado da  
Saúde**



Ministério da Saúde

## Índice

<b>CONTRATO PROGRAMA 2007</b>	<b>2</b>
<b>1. Objectivos, Pressupostos e Condicionaismos</b>	<b>2</b>
Objectivos	2
Pressupostos	4
Condicionaismos	5
<b>2 Metodologia</b>	<b>5</b>
Produção	5
Preços	7
Produção marginal	7
Convergência	8
<b>3. Objectivos a fixar para cada Hospital</b>	<b>10</b>
Indicadores seleccionados	10
Definição de valores de objectivos	13
Mecanismo para atribuição da componente da verba de convergência	13
<b>4 Conclusões e recomendações</b>	<b>14</b>
Conclusões	14
Recomendações	15
<b>ANEXOS</b>	<b>17</b>
<b>Anexo I</b>	<b>17</b>
Contrato Programa 2006 – Metodologia para definição de preços, convergência e objectivos	17
<b>Anexo II</b>	<b>28</b>
Ofício-circular do IGIF n.º 08762 de 19 de Setembro de 2006	28
<b>Anexo III</b>	<b>35</b>
Legislação de enquadramento de linhas de produção - Despacho conjunto n.º 656/2005	35
<b>Anexo IV</b>	<b>36</b>
Modalidade de Pagamento para a Infecção VIH/sida	36
<b>Anexo V</b>	<b>42</b>
Diagnóstico Pré-Natal	42
<b>Anexo VI</b>	<b>46</b>
Registos Oncológicos Regionais e Utilização de Medicamentos em Oncologia	46
<b>Anexo VII</b>	<b>57</b>
Cuidados Continuados	57
<b>Anexo VIII</b>	<b>64</b>
Tabela de Preços 2007	64
<b>Anexo IX</b>	<b>66</b>
Caracterização dos objectivos a contratualizar	66

# **CONTRATO PROGRAMA 2007**

## **1. Objectivos, Pressupostos e Condicionalismos**

### **Objectivos**

Dando sequência aos normativos em vigor, ir-se-á dar continuidade às acções que vinham a ser desenvolvidas, incrementando e dinamizando as actividades de definição dos contratos-programa para o triénio de 2007-2009 com os Hospitais do SNS.

No caso dos hospitais do sector público administrativo (SPA), trata-se de dar cumprimento ao disposto na alínea b) do nº 1 do artigo 10º da Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, que prevê a celebração de Contratos-Programa (CP) com as Administrações Regionais de Saúde, nos quais sejam definidos os objectivos a atingir e acordados com a tutela, assim como os indicadores de actividade que permitam aferir o desempenho das respectivas unidades e equipas de gestão. Quanto às unidades hospitalares do sector empresarial do Estado (EPE), o Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, no seu artigo 12º nº 2 prevê a celebração de Contratos-Programa das referidas unidades hospitalares com o Ministério da Saúde.

Neste contexto e visando consolidar o processo de contratualização para o ano de 2007, entre as Regiões de Saúde e os hospitais do SNS têm vindo a ser desenvolvidos estudos conducentes à apresentação de uma proposta definidora da metodologia para pagamento aos hospitais (cálculo de preços e valor de convergência) que dê continuidade ao processo já encetado e venha permitir clarificar melhor a distribuição da verba de convergência, nomeadamente através da introdução de linhas específicas para programas de saúde. Propomo-nos iniciar com as áreas da infecção por HIV/Sida, da doença oncológica, da saúde sexual e reprodutiva e ainda a da formação/investigação, em estreita colaboração com o Alto Comissariado da Saúde e Grupos de Trabalho Nacionais.

Os objectivos subjacentes ao presente trabalho são os seguintes:

- Propor a actualização dos preços a utilizar no contrato-programa dos hospitais do SNS para 2007, garantindo que os mesmos não deverão ser significativamente superiores aos praticados em 2006. Assim, aplicou-se um

crescimento equivalente ao valor global da inflação em 2005 – 2,3% (**Anexo I** - Metodologia aprovada para o CP 2006);

- Aperfeiçoar o modelo, através da introdução de linhas de produção diferenciação das linhas de actividade a contratar ou de actividades não contempladas no actual contrato-programa, tendo em conta tecnologias que pela sua diferenciação justificam individualização;
- Actualizar as regras de pagamento da produção marginal e dos custos fixos de produção contratada não realizada;
- Rever a metodologia para cálculo dos valores de convergência a afectar por hospital;
- Identificar questões/temas que devam ser alvo de estudo ou análise tendo em vista o aperfeiçoamento do modelo de financiamento dos hospitais a implementar em futuros processos de contratualização;
- Aprofundar os estudos já efectuados no que respeita às *Unidades Locais de Saúde (ULS) e Cuidados Continuados* e inclui-los na lógica da contratualização, reconhecendo que ainda carecem de aprofundamento no decurso do corrente ano;

No que se refere às ULS, estão a efectuar-se simulações com base no histórico da ULS de Matosinhos, conjugando os estudos desenvolvidos a partir de 1998 pelo IGIF, no que se refere à distribuição de recursos na área dos Cuidados de Saúde Primários, com o estudo apresentado pela ENSP para a ULS do Norte Alentejano.

No que se refere aos Cuidados Continuados, está a ser estudada com a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados a integração gradual dos cuidados de convalescença e paliativos nos Contratos Programa dos Hospitais.

Este trabalho requer também o envolvimento das equipas de coordenação locais e regionais previstas na Rede de Cuidados Continuados, de modo a identificar as instituições que reúnem os requisitos necessários para o desenvolvimento deste tipo de cuidados;

- Reconhecendo que cabe ao Estado assumir a responsabilidade financeira por actividades como a formação e a investigação, foi entendido propor financiamento específico que se destina a incentivar a formação e investigação, em que os hospitais através dum plano previamente estabelecido e aprovado garantam a actualização técnica dos seus profissionais.
- Procurando ainda incluir alguma reflexão sobre a contratualização assente em resultados, tem vindo a ser desenvolvido um trabalho de cooperação com o Alto Comissariado da Saúde e com a Direcção-Geral de Saúde, ao nível das áreas da infecção HIV/Sida, doenças oncológicas e saúde sexual e reprodutiva, o que irá já permitir incluir linhas de financiamento assentes em pressupostos que permitem avançar na direcção da integração de cuidados.

## **Pressupostos**

- O ano de 2007 vai continuar a ser um ano de fortes restrições orçamentais e os preços têm que dar um sinal de contenção, pelo que não poderão ter acréscimos significativos, nem acompanhar a tendência verificada nos custos unitários em alguns dos últimos anos, pelo que se considerou que a sua actualização deveria corresponder apenas ao valor da inflação global do ano de 2005 (2,3%);
- A actividade a contratar, em regra, não poderá exceder a realizada em 2006 (**Anexo II** - ofício-circular do IGIF n.º 08762 de 19 de Setembro de 2006);
- O valor dos proveitos operacionais resultantes da prestação de serviços a terceiros terá que ser superior em 2,3% ao maior de dois valores: o verificado em 2005 e/ou estimado para 2006;
- Os custos operacionais para 2007, devem reflectir os condicionalismos superiormente estabelecidos;
- Tendo em conta o acréscimo global de eficiência esperado para os hospitais do SNS, o valor de convergência deverá ser inferior ao previsto para 2006;
- Continua a considerar-se importante incentivar a actividade em ambulatório de forma a garantir uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde.

## Condicionalismos

No Orçamento do SNS está inscrita uma verba 3.145 milhões de euros para os hospitais que representa cerca de 40,98% do valor previsto para o orçamento do SNS em 2007.

Tendo em conta o determinado superiormente, as metas de crescimento de custos fixadas para o ano de 2007, face a 2006, são as seguintes:

Rubricas	Metas de crescimento
Custos com pessoal	0%
Consumos	4%
Fornecimentos e Serviços Externos	4%

## 2 Metodologia

Identifica-se, seguidamente, a hipótese de trabalho que parece mais ajustada ao contexto actual e às fragilidades sentidas nas bases de dados existentes e ainda ao facto de até ao momento não ter sido possível o estudo piloto para o custeio por actividades a desenvolver em cinco hospitais e que se espera poder vir a melhorar significativamente o conhecimento sobre a formação dos preços a praticar. Será igualmente tida em consideração a informação disponível relativa à actividade realizada pelos hospitais e respectivos custos.

## Produção

As linhas de produção a contratar, para o ano de 2007, são as seguintes:

- a) internamento;
- b) ambulatório médico e cirúrgico;
- c) consultas externas (primeiras e subsequentes);
- d) atendimentos urgentes;
- e) sessões de hospital de dia;
- f) dias de doentes crónicos;
- g) serviço domiciliário;
- h) dias de permanência em Lar (IPO).

O contrato-programa para 2007 incluirá, igualmente, entre as linhas de produção, as Doenças Lisossomais de Sobrecarga (**Anexo III**).

Importa esclarecer que:

- Para 2007 apenas se ajustou a produção do internamento e ambulatório classificada em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) pelos respectivos índices de case-mix não normalizados;
- A produção, relativa ao internamento e ambulatório, classificada em GDH foi trabalhada (cálculo de doentes equivalentes e dos índices de case-mix) a partir da informação disponível na base de dados nacional dos GDH agrupada na versão All Patient 21;
- A produção considerada foi a remetida pelos hospitais às Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS) através do Plano de Desempenho de 2007 (documento das ACSS) e carregada no Sistema de Informação das Agências (SIAC).

Para além destas linhas de produção, incluem-se ainda quatro áreas de contratualização específicas no âmbito da aplicação do Plano Nacional de Saúde, pretendendo-se incentivar: (i) o tratamento de doentes com HIV, o acompanhamento dos novos doentes e a sua fidelização a protocolos terapêuticos tecnicamente reconhecidos e identificados pela Coordenação da área de HIV/Sida (**Anexo IV**); (ii) a criação de centros de excelência que acompanhem as grávidas seguidas em Centros de Saúde, através da realização da ecografia da 14.<sup>a</sup> semana conjugada com rastreio bioquímico do 1º T e/ou da ecografia da 22.<sup>a</sup> semana e consulta no hospital que realiza esta actividade, de modo a garantir respostas tecnicamente adequadas à elaboração do diagnóstico pré-natal (**Anexo V**); (iii) o aperfeiçoamento dos registos oncológicos regionais e utilização de medicamentos em oncologia (**Anexo VI**) e, (iv) Cuidados Continuados Integrados - Unidades de Convalescença e de Paliativos (**Anexo VI**).

O contrato-programa para 2007 incluirá igualmente os seguintes programas específicos: Ajudas Técnicas; Assistência médica no estrangeiro; Assistência na área da saúde mental prestada por Ordens Religiosas; Convenções internacionais; Diagnóstico da Retinopatia Diabética; Formação e Investigação e Incentivos aos Transplantes.

## **Preços**

Os valores propostos para os preços a praticar no âmbito do contrato-programa, em 2007, obedeceram à seguinte metodologia:

- Actualização em 2,3% (valor da inflação global em 2005) dos preços do contrato-programa de 2006 (**Anexo VIII**).
- Identificação de preços diferenciados para primeiras consultas (preço base + 10% em relação ao preço das consultas subsequentes) e subsequentes.

## **Produção marginal**

De entre os principais aspectos relacionados com o pagamento da produção marginal, propõe-se:

- O pagamento da produção marginal em todas as linhas de produção até 10% da actividade contratada, excepto para os episódios classificados em GDH médico de ambulatório, para os quais se propõe o pagamento dos episódios realizados ao preço base contratado, independentemente do volume realizado. Este tratamento excepcional proposto resulta da dificuldade em identificar com rigor toda a actividade a contratar, uma vez que esta não tem vindo a ser codificada nos termos previstos para 2007.
- Que não haja lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas por linha de produção representem menos de 50% do volume contratado;
- O pagamento de 50% dos custos fixos (valor médio nacional) das unidades contratadas não produzidas, apenas para a actividade contratada para a urgência, reconhecendo que a entidade prestadora de cuidados tem que garantir a disponibilidade de uma estrutura relativamente fixa, mesmo que não realize a totalidade da produção contratada.
- O pagamento da produção adicional realizada nas linhas de produção cirúrgica programada (episódios de GDH cirúrgicos de internamento e de ambulatório que excedem a produção base) é efectuado de acordo com a tabela de preços em vigor

para pagamento da produção adicional a realizar no âmbito do SIGIC, com a seguinte alteração:

*A remuneração ao hospital referente à produção cirúrgica adicional é acrescida, no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes (que poderiam ser executados em episódios cirúrgicos distintos), simultâneos ou consecutivos, que decorram num mesmo episódio cirúrgico, de um valor correspondente a 45% do preço do GDH do episódio.*

## **Convergência**

Em termos gerais, a metodologia adoptada no ano anterior para cálculo da convergência foi reconhecida como a mais adequada na actual conjuntura (**Anexo I**).

Todavia, efectuaram-se alguns ajustamentos, designadamente no que respeita aos custos e proveitos operacionais utilizados no cálculo. Nomeadamente, privilegiaram-se sempre os custos operacionais previstos nos Planos de Desempenho para 2007, caso apresentassem um valor igual ou inferior ao dos custos de 2005, mas quando tal não acontecia foram utilizados os custos reais de 2005.

Em qualquer dos casos, foram sempre impostas restrições relativamente às rubricas cujas metas de crescimento foram superiormente determinadas: 0% - custos com pessoal, 4% - consumos, 4% - FSE, mas admitiu-se um acréscimo de 2,3% para os outros custos.

No que respeita aos proveitos de terceiros (não SNS) optou-se por utilizar o valor mais alto de entre os valores seguintes: proveitos finais de 2005 inflacionados em 2,3%, proveitos estimados para 2006 inflacionados em 2,3% e proveitos previstos para 2007.

De referir que os custos e proveitos de 2005 e 2006 utilizados, correspondem aos valores assumidos pelos hospitais e validados no acompanhamento do processo de empresarialização.

Para além da inclusão deste valor no cálculo dos proveitos operacionais a para apuramento do valor de convergência, propõe-se que sejam igualmente considerados os resultantes da:

- Valorização da produção adicional prevista no âmbito do SIGIC;
- Identificação dos valores transferidos para os hospitais, em 2005, no âmbito dos programas específicos;
- Valorização da actividade a realizar nas áreas enquadradas pelo Plano Nacional de Saúde (VIH/Sida e Diagnóstico Pré-natal);
- Ponderação de uma percentagem aferida aos custos com pessoal para financiamento específico nas áreas da formação e investigação (até 1% dos custos com pessoal, de acordo com o Plano de Formação e Investigação negociado).

Os valores de convergência calculados, para os hospitais EPE, correspondem à diferença entre os custos operacionais apurados de acordo com a metodologia acima exposta e o total de proveitos operacionais resultantes da soma do valor da produção com os proveitos acima referidos.

Para os hospitais do Sector Público Administrativo, o valor de convergência corresponde à diferença entre o valor da produção proposta pelos hospitais e o orçamento financeiro já conhecido e que irá ser objecto de aprovação pela Assembleia da República (Orçamento do Serviço Nacional de Saúde para 2007), sempre que o valor da produção seja inferior a este.

Dos valores de convergência que vierem a ser apurados, na sequência do processo negocial entre as ACSS e os hospitais, propõe-se a manutenção de 20% do valor de convergência dependente da consecução dos objectivos contratados a nível nacional e o aumento de 10% para 20% do valor de convergência a atribuir de acordo com os objectivos específicos a definir entre as ACSS e os Hospitais, tendo em conta as particularidades de cada região.

Assim, apenas 60% do valor de convergência é independente da concretização dos objectivos contratados.

### 3. Objectivos a fixar para cada Hospital

Os objectivos a fixar para os hospitais do SNS devem obedecer aos seguintes pressupostos:

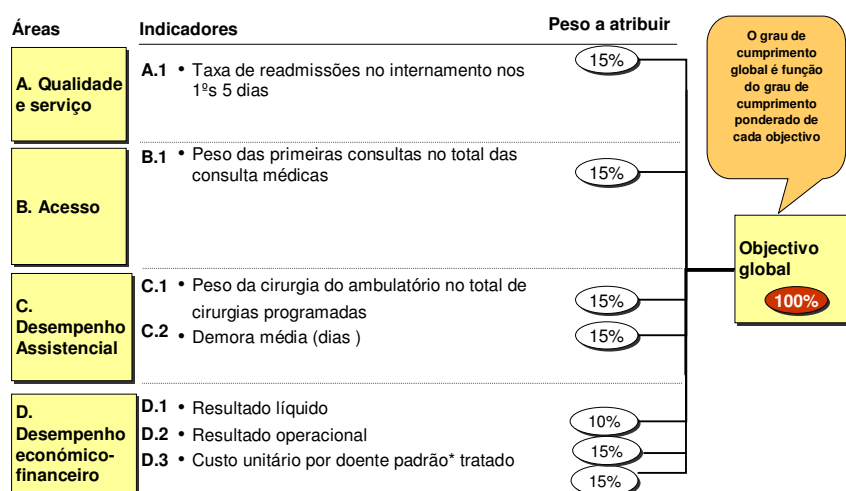
- Apontar para uma convergência a prazo (2007/2009) dos valores dos indicadores para níveis verificados nos melhores hospitais (em função do grupo de estrutura) do SNS.
- Apresentar melhorias sustentadas numa base anual (por exemplo, melhoria da demora média, redução nos custos unitários), para que a médio prazo a globalidade dos hospitais possa estar a convergir para as melhores práticas.
- Exigir níveis de esforço proporcionais à posição de partida de cada unidade. Pedir um esforço maior aos que têm pior desempenho e um esforço menor aos que têm um melhor desempenho.
- Garantir a sustentabilidade económica, a prazo dos Hospitais.

### Indicadores seleccionados

Tendo em conta os pressupostos anteriores e ainda o racional definido em anexo (Anexo IX), foram seleccionados os seguintes indicadores:

#### A nível nacional

#### Objectivos para a Convergência de melhores desempenhos - Nacional



\* Cálculo de Doentes Padrão

Inputs: Preços do contrato-programa; Produção: doentes equivalentes do internamento, cirurgias de ambulatorio, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia; ICM do internamento e ambulatorio  
Cálculo: (i) Ajustar os preços do contrato pelo ICM para o internamento e cirurgia do ambulatorio. No caso do hospital de dia, o preço será uma média ponderada dos preços do contrato. (ii) Dividir o preço do internamento ajustado pelos preços das restantes linhas de produção (= Índice do doente padrão I DP). (iii) Multiplicar a produção das diferentes linhas pelo respectivo I DP. (O DP do internamento é = a 1). (iv) Somar os valores obtidos ao total de doentes equivalentes (= total de doentes padrão).

## A nível regional

### Objectivos para a Convergência de melhores desempenhos - Norte

Áreas	Indicadores	Peso a atribuir	
<b>A. Qualidade e serviço</b>	<b>A.1</b> • Taxa de readmissões no internamento nos 1 <sup>os</sup> 5 dias	15%	<div>O grau de cumprimento global é função do grau de cumprimento ponderado de cada objectivo</div> <div><b>Objectivos Nacionais</b></div> <div>20%</div>
<b>B. Acesso</b>	<b>B.1</b> • Peso das primeiras consultas no total das consulta médicas	15%	
<b>C. Desempenho Assistencial</b>	<b>C.1</b> • Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas	15%	
	<b>C.2</b> • Demora média (dias)	15%	
<b>D. Desempenho económico-financeiro</b>	<b>D.1</b> • Resultado líquido	10%	
	<b>D.2</b> • Resultado operacional	15%	
	<b>D.3</b> • Custo unitário por doente padrão* tratado	15%	
<b>E. Objectivos Regionais</b>	<b>E.1</b> Doente padrão/Médico ETC	40%	<div><b>Objectivos Regionais</b></div> <div>20%</div>
	<b>E.2</b> • Taxa de Infecção Hospitalar	60%	

\* Cálculo de Doentes Padrão

Inputs: Preços do contrato-programa; Produção: doentes equivalentes do internamento, cirurgias de ambulatório, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia; ICM do internamento e ambulatório  
 Cálculo: (i) Ajustar os preços do contrato pelo ICM para o internamento e cirurgia do ambulatório; No caso do hospital de dia, o preço será uma média ponderada dos preços do contrato. (ii) Dividir o preço do internamento ajustado pelos preços das restantes linhas de produção (= Índice do doente padrão (IDP)). (iii) Multiplicar a produção das diferentes linhas pelo respectivo IDP. (O IDP do internamento é = a 1). (iv) Somar os valores obtidos ao total de doentes equivalentes (= total de doentes padrão).

### Objectivos para a Convergência de melhores desempenhos - Centro

Áreas	Indicadores	Peso a atribuir	
<b>A. Qualidade e serviço</b>	<b>A.1</b> • Taxa de readmissões no internamento nos 1 <sup>os</sup> 5 dias	15%	<div>O grau de cumprimento global é função do grau de cumprimento ponderado de cada objectivo</div> <div><b>Objectivos Nacionais</b></div> <div>20%</div>
<b>B. Acesso</b>	<b>B.1</b> • Peso das primeiras consultas no total das consulta médicas	15%	
<b>C. Desempenho Assistencial</b>	<b>C.1</b> • Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas	15%	
	<b>C.2</b> • Demora média (dias)	15%	
<b>D. Desempenho económico-financeiro</b>	<b>D.1</b> • Resultado líquido	10%	
	<b>D.2</b> • Resultado operacional	15%	
	<b>D.3</b> • Custo unitário por doente padrão* tratado	15%	
<b>E. Objectivos Regionais</b>	<b>E.1</b> • Taxas de crescimento das listas de espera cirúrgica	45%	<div><b>Objectivos Regionais</b></div> <div>20%</div>
	<b>E.2</b> • Taxa de crescimento da lista de espera para 1 <sup>a</sup> consulta.	55%	

\* Cálculo de Doentes Padrão

Inputs: Preços do contrato-programa; Produção: doentes equivalentes do internamento, cirurgias de ambulatório, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia; ICM do internamento e ambulatório  
 Cálculo: (i) Ajustar os preços do contrato pelo ICM para o internamento e cirurgia do ambulatório; No caso do hospital de dia, o preço será uma média ponderada dos preços do contrato. (ii) Dividir o preço do internamento ajustado pelos preços das restantes linhas de produção (= Índice do doente padrão (IDP)). (iii) Multiplicar a produção das diferentes linhas pelo respectivo IDP. (O IDP do internamento é = a 1). (iv) Somar os valores obtidos ao total de doentes equivalentes (= total de doentes padrão).

## Objectivos para a Convergência de melhores desempenhos – Lisboa e Vale do Tejo

Áreas	Indicadores	Peso a atribuir	
<b>A. Qualidade e serviço</b>	<b>A.1</b> • Taxa de readmissões no internamento nos 1ºs 5 dias	15%	<div>O grau de cumprimento global é função do grau de cumprimento ponderado de cada objectivo</div> <div><b>Objectivos Nacionais</b></div> <div>20%</div>
<b>B. Acesso</b>	<b>B.1</b> • Peso das primeiras consultas no total das consulta médicas	15%	
<b>C. Desempenho Assistencial</b>	<b>C.1</b> • Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas	15%	
	<b>C.2</b> • Demora média (dias)	15%	
<b>D. Desempenho económico-financeiro</b>	<b>D.1</b> • Resultado líquido	10%	
	<b>D.2</b> • Resultado operacional	15%	
	<b>D.3</b> • Custo unitário por doente padrão* tratado	15%	
<b>E. Objectivos Regionais</b>	<b>E.1</b> Variação das primeiras consultas 2007/2006 (4 especialidades)	40%	<div><b>Objectivos Regionais</b></div> <div>20%</div>
	<b>E.2</b> • Variação Cirúrgica Programada 2007/2006 (3 especialidades)	45%	
	<b>E.3</b> • Peso das cesarianas no total de partos**	15%	

\* Cálculo de Doentes Padrão

Inputs: Preços do contrato-programa; Produção: doentes equivalentes do internamento, cirurgias de ambulatório, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia; ICM do internamento e ambulatório  
Cálculo: (i) Ajustar os preços do contrato pelo ICM para o internamento e cirurgia do ambulatório; No caso do hospital de dia, o preço será uma média ponderada dos preços do contrato. (ii) Dividir o preço do internamento ajustado pelos preços das restantes linhas de produção (= Índice do doente padrão (IDP)). (iii) Multiplicar a produção das diferentes linhas pelo respectivo IDP. (O IDP do internamento é = a 1). (iv) Somar os valores obtidos ao total de doentes equivalentes (= total de doentes padrão).

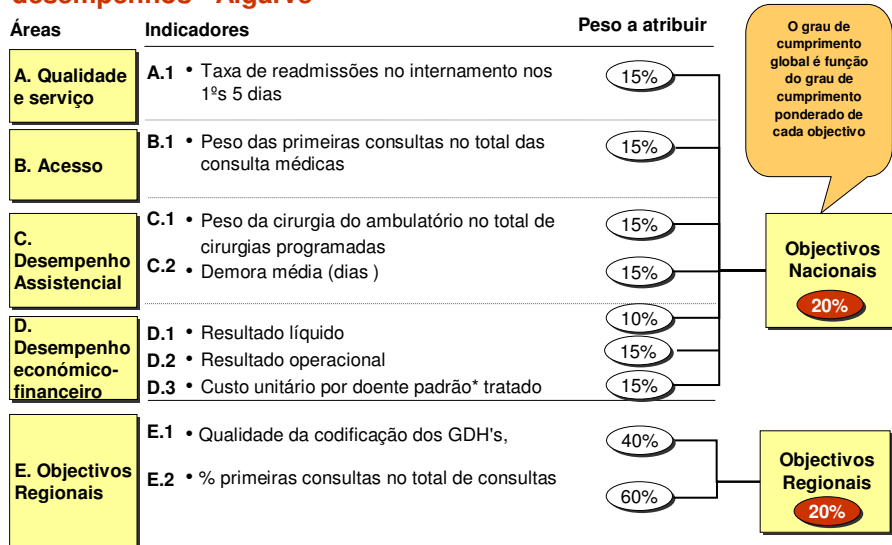
## Objectivos para a Convergência de melhores desempenhos - Alentejo

Áreas	Indicadores	Peso a atribuir	
<b>A. Qualidade e serviço</b>	<b>A.1</b> • Taxa de readmissões no internamento nos 1ºs 5 dias	15%	<div>O grau de cumprimento global é função do grau de cumprimento ponderado de cada objectivo</div> <div><b>Objectivos Nacionais</b></div> <div>20%</div>
<b>B. Acesso</b>	<b>B.1</b> • Peso das primeiras consultas no total das consulta médicas	15%	
<b>C. Desempenho Assistencial</b>	<b>C.1</b> • Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas	15%	
	<b>C.2</b> • Demora média (dias)	15%	
<b>D. Desempenho económico-financeiro</b>	<b>D.1</b> • Resultado líquido	10%	
	<b>D.2</b> • Resultado operacional	15%	
	<b>D.3</b> • Custo unitário por doente padrão* tratado	15%	
<b>E. Objectivos Regionais</b>	<b>E.1</b> • Custos Unitários – C. Externa	25%	<div><b>Objectivos Regionais</b></div> <div>20%</div>
	<b>E.2</b> • Custos Unitários – H. Dia	25%	
	<b>E.3</b> • Custos Unitários – Urgência	25%	
	<b>E.4</b> • Custos Unitários – Internamento (ajustado pelo case-mix)	25%	

\* Cálculo de Doentes Padrão

Inputs: Preços do contrato-programa; Produção: doentes equivalentes do internamento, cirurgias de ambulatório, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia; ICM do internamento e ambulatório  
Cálculo: (i) Ajustar os preços do contrato pelo ICM para o internamento e cirurgia do ambulatório; No caso do hospital de dia, o preço será uma média ponderada dos preços do contrato. (ii) Dividir o preço do internamento ajustado pelos preços das restantes linhas de produção (= Índice do doente padrão (IDP)). (iii) Multiplicar a produção das diferentes linhas pelo respectivo IDP. (O IDP do internamento é = a 1). (iv) Somar os valores obtidos ao total de doentes equivalentes (= total de doentes padrão).

## Objectivos para a Convergência de melhores desempenhos - Algarve



\* Cálculo de Doentes Padrão  
Inputs: Preços do contrato-programa; Produção: doentes equivalentes do internamento, cirurgias de ambulatório, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia; ICM do internamento e ambulatório  
Cálculo: (i) Ajustar os preços do contrato pelo ICM para o internamento e cirurgia do ambulatório; No caso do hospital de dia, o preço será uma média ponderada dos preços do contrato. (ii) Dividir o preço do internamento ajustado pelos preços das restantes linhas de produção (= Índice do doente padrão (IDP)). (iii) Multiplicar a produção das diferentes linhas pelo respectivo IDP. (O IDP do internamento é = a 1). (iv) Somar os valores obtidos ao total de doentes equivalentes (= total de doentes padrão).

## Definição de valores de objectivos

Os indicadores propostos para o ano de 2007 são os utilizados no ano anterior, aos quais acrescem os indicadores de resultado líquido operacional e do custo unitário por doente padrão.

Para proceder à definição dos valores de objectivo por hospital é necessário que previamente se conclua:

- A negociação dos contratos-programa com cada hospital;
- Apresentação final do orçamento económico de cada uma das unidades hospitalares
- A definição da tabela de preços e valores de convergência para 2007, por hospital e por região.

## Mecanismo para atribuição da componente da verba de convergência

A atribuição da componente da verba de convergência tem como pressuposto o seguinte: 60% da verba de convergência é fixa e 40% estão dependentes do grau de cumprimento dos objectivos (20% dependem do cumprimento dos objectivos nacionais e 20% dos objectivos regionais).

## 4 Conclusões e recomendações

### Conclusões

Os estudos efectuados no âmbito desta Comissão resultam numa proposta para o ano de 2007 que constitui um aperfeiçoamento do modelo aprovado em 2006 (Anexo I).

No **internamento** propõe-se a actualização dos preços aprovados em 2006 em 2,3% (valor da inflação de 2005), a contratação da produção classificada na nova versão de GDH (AP 21), já em vigor para terceiros pagadores e ainda o ajustamento da produção pelo índice de case-mix correspondente, não normalizado.

Entende-se ainda ser de propor a contratação específica do **internamento de crónicos** de Pneumologia, à semelhança do que se passa com a Psiquiatria e Medicina Física e de Reabilitação e dos doentes crónicos ventilados, segundo o preço por diária praticado para a Psiquiatria de crónicos.

Para além da **cirurgia de ambulatório** propõe-se o pagamento por GDH de **actividade médica realizada em ambulatório** considerada relevante do ponto de vista financeiro, à semelhança do que se passa com a tabela de preços aplicável aos beneficiários do SNS que não possuem um terceiro responsável.

Nos **cuidados continuados** considera-se que devem ser aplicados os preços já publicados no âmbito da rede de cuidados continuados e implementar gradualmente a contratualização dos cuidados de convalescença e paliativos, em articulação com a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados e as estruturas locais e regionais entretanto criadas para sua implementação.

Na **consulta externa**, para além da actualização de preços, propõe-se a diferenciação no pagamento entre primeiras consultas e subsequentes, visando incrementar o acesso a este tipo de prestação de cuidados de saúde. Assim, propõe-se para as primeiras consultas um preço superior em 10% relativamente às consultas subsequentes.

Para a **urgência**, dadas as recentes alterações introduzidas, defende-se igualmente um crescimento dos preços correspondente à inflação, continuando a sinalizar-se deste modo a opção pela progressiva transferência da actividade não emergente para outros níveis de cuidados. Propõe-se igualmente que não haja pagamento do episódio de

urgência sempre que este dê lugar a um episódio de internamento. Nesta linha mantém-se a necessidade de, no curto prazo, ser efectuado um estudo com vista à separação entre o pagamento da disponibilidade deste serviço e o da actividade realizada.

Para o **hospital de dia** propõe-se actualizar o preço de acordo com a inflação de 2005.

No **Serviço Domiciliário** o grupo continua a considerar que o pagamento desta linha de actividade deve abranger todos os cuidados prestados pelos diversos profissionais, sendo o preço proposto o que integra a tabela de preços do SNS, acrescido do valor da inflação (2005).

Está em desenvolvimento um estudo que visa sustentar a base de contratação para a celebração de contrato-programa para a actividade psiquiátrica e de reabilitação.

Propõem-se ainda as **regras de pagamento da produção marginal** anteriormente definidas.

## **Recomendações**

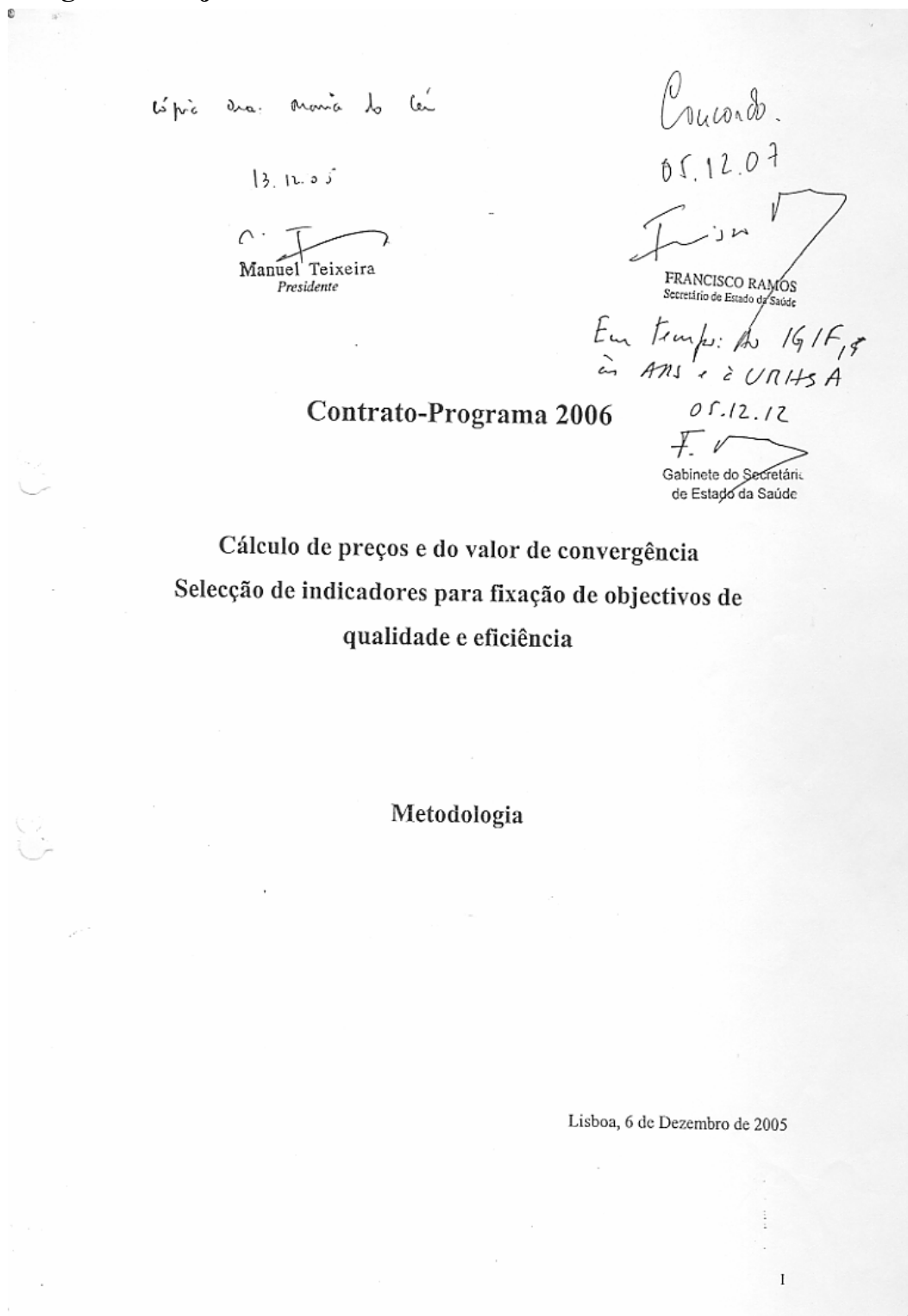
- Torna-se indispensável continuar a trabalhar na definição e clarificação de alguns conceitos, nomeadamente o de cirurgia de ambulatório, para que todos os hospitais tenham a mesma interpretação e para que o indicador que foi fixado possa ter uma leitura correcta;
- Torna-se necessário também, que ao nível do hospital de dia se clarifique que tipo de sessões podem ser classificadas como tal, para que todos os hospitais tenham a mesma interpretação, não só por ser essa uma das áreas de maior crescimento na produção, mas também para que o indicador que foi fixado possa ter uma leitura correcta;
- Considera-se importante a fixação de uma verba crescente a distribuir pelas ACSS aos Hospitais, em função de critérios regionais que venham a ser estabelecidos por cada Agência (20% do valor global de convergência para 2007);

- Resulta também da reflexão desta Comissão a necessidade de se continuarem a procurar outros mecanismos de distribuição da verba de convergência fixa, em função de actividades específicas de cada Hospital e particularmente a identificar as causas da ineficiência dos hospitais que continuam afastados dos valores de referência do grupo de financiamento em que se enquadram, para a negociação e contratação de medidas correctivas para os desvios verificados, tendo em conta natureza dos mesmos.

# ANEXOS

## Anexo I

### Contrato Programa 2006 – Metodologia para definição de preços, convergência e objectivos



## Índice

### 1. Introdução

### 2. Metodologia

#### 2.1. Cálculo de preços

#### 2.2. Cálculo do valor de convergência

#### 2.3. Indicadores de qualidade e eficiência e fixação de objectivos

### 3. Conclusão

#### Anexo 1 – Tabela de Preços

#### Anexo 2 – Indicadores de Qualidade e Eficiência

## 1. Introdução

O processo de contratualização entre as Administrações Regionais de Saúde e as unidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS, previsto na Lei n.º 27 de 2002, de 8 de Novembro, com vista ao financiamento dos cuidados de saúde a prestar em 2006 pelas referidas unidades, pressupõe a definição de uma abordagem metodológica para cálculo dos preços a praticar, do valor de convergência a atribuir às instituições e ainda a selecção dos indicadores de qualidade e eficiência a incluir no contrato.

Nesta óptica, e tendo em conta a experiência dos últimos anos, fixaram-se como objectivos prioritários: a revisão dos preços praticados em 2005; a separação, nas linhas de actividade a contratar, de tratamentos que se considera não estarem a ser devidamente remunerados e que, do ponto de vista técnico, justificam um pagamento autonomizado; a revisão das regras de pagamento da produção marginal e de custos fixos de produção contratada não realizada; o aperfeiçoamento do método de cálculo dos valores de convergência a afectar por hospital; a identificação de indicadores de qualidade e eficiência que permitam a aproximação entre as unidades de saúde do SNS na utilização de recursos e a promoção de níveis de eficiência mais elevados.

O estudo dos preços efectuado assentou num conjunto de pressupostos, a saber: os novos preços não poderão ser significativamente superiores aos praticados em 2005; a actividade a contratar, em regra, não poderá exceder a verificada em 2005 (Despacho do SES); a tabela de preços para facturação a terceiros pagadores (a aguardar aprovação superior) constitui uma referência para os preços a propor; o valor global de convergência não deverá ser superior ao verificado no ano em curso.

Houve ainda que ter em consideração que no Orçamento do SNS de 2006 está inscrita uma verba de 3.012 milhões de euros para pagamento dos cuidados a prestar pelos hospitais.

## 2. Metodologia

### 2.1. Cálculo de preços

Os valores obtidos através da metodologia utilizada (ver Anexo 1) são o resultado da análise da evolução histórica de custos e preços e assenta num conjunto de pressupostos:

- Os preços fixados para os hospitais públicos constituem uma referência para o sector privado;
- Os custos unitários da actividade realizada pelos hospitais do SNS devem convergir para o mesmo nível de eficiência;
- O ano de 2006 vai ser um ano de fortes restrições orçamentais e os preços têm que dar um sinal de contenção, pelo que não poderão ter acréscimos significativos, nem acompanhar a tendência dos custos unitários nos últimos anos;
- Os acréscimos dos preços da actividade realizada em ambulatório programado têm que ser mais significativos que os da restante actividade.

Das várias hipóteses estudadas considerou-se como mais robusta a que se sintetiza nos pontos seguintes. Com efeito, a qualidade da informação disponível não permite identificar custos correspondentes a uma boa prática clínica tendo em conta os recursos disponíveis no nosso país, nem sequer um nível de eficiência adequado para fixação de preços.

Para o cálculo dos preços do **internamento** foram considerados os custos totais unitários por doente equivalente obtidos a partir da Contabilidade Analítica dos hospitais (2004). O custo médio dos 30% hospitais mais eficientes dentro de cada grupo constituiu o valor de referência. Contudo, e tendo em conta a aproximação necessária entre os preços a pagar pelo SNS no âmbito do contrato-programa e os preços a pagar pelos terceiros pagadores, considerou-se que os preços dos grupos 1 e 2 deviam ser iguais ao preço-base da tabela de preços a praticar pelo SNS junto de terceiros

pagadores e que os preços dos grupos 3 e 4 deviam sofrer um ajustamento, mantendo a mesma diferença relativa existente entre o preço-base e os respectivos custos médios (30% dos hospitais mais eficientes do grupo).

Entendeu-se ainda que havia necessidade de acompanhar de forma mais sistemática o internamento de crónicos de Pneumologia para, à semelhança do que se passa com a Psiquiatria e a Medicina Física e de Reabilitação, poderem vir a ser objecto de contratação específica.

Na **consulta externa**, propõe-se um acréscimo de 15% dos preços em vigor em 2005, para todos os grupos. Na base desta proposta encontra-se a necessidade de incentivar a actividade programada em ambulatório.

Para a **urgência** defende-se um crescimento marginal dos preços (2,5%), sinalizando deste modo a opção pela progressiva transferência da actividade não emergente para outros níveis de cuidados.

Os valores propostos para a **Radioterapia** e para o hospital de dia de **Quimioterapia** (idênticos aos constantes da tabela de preços do SNS) são o resultado do trabalho efectuado com um painel de peritos da especialidade.

Para o hospital de dia de **Hematologia e Imuno-hemoterapia** e reconhecendo que ao longo de 2006 esta área será objecto de acompanhamento específico para adopção das regras propostas pela Direcção-Geral da Saúde, decidiu-se propor um crescimento de 10% face ao preço em vigor.

Nos **Cuidados Domiciliários** considerou-se que o pagamento desta linha de actividade deveria abranger os cuidados prestados pelos diversos profissionais, sendo o preço proposto o que integra a tabela de preços do SNS em fase de aprovação.

Relativamente ao pagamento da **produção marginal** propõe-se:

- Pagamento da produção marginal em todas as linhas de produção até 10% da actividade contratada, com excepção para a produção cirúrgica programada, que não deverá ser objecto de qualquer limitação no que respeita a produção adicional;
- Que não haja lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas por linha de produção representem menos de 50% do volume contratado;
- Que a entidade contratadora partilhe com as unidades prestadoras de cuidados os riscos associados à não realização da produção contratada apenas na urgência, assumindo o pagamento de 50% dos custos fixos das unidades contratadas não produzidas (27,5% do preço contratado).

## 2.2. Cálculo do Valor de Convergência

O valor de convergência é calculado tendo em consideração os custos operacionais previstos pelos hospitais para 2006, ajustados pelos objectivos superiormente definidos (acréscimo máximo de 4%, relativamente a 2005, para os produtos farmacêuticos e de 1,5% para o pessoal).

Assim, o valor de convergência corresponde à diferença entre os proveitos previstos pela actividade a realizar em 2006 (produção base e adicional do SNS e produção da responsabilidade de terceiros) e os custos operacionais ajustados segundo os objectivos atrás referidos.

Igualmente se propõe que esta componente do financiamento tenha uma parte fixa (70%) e uma parte variável (20% associados ao cumprimento de níveis de eficiência e 10% dependentes do cumprimento de objectivos específicos fixados regionalmente).

### 2.3. Indicadores de Qualidade e Eficiência

Nesta matéria propõe-se um conjunto mínimo de indicadores que sejam facilmente entendidos, mensuráveis e que permitam um acompanhamento fácil por parte dos hospitais (ver Anexo 2).

Os indicadores seleccionados devem reflectir os diferentes tipos de desempenho das unidades hospitalares e permitir que o accionista/tutela dê orientações estratégicas relativamente ao desempenho que espera de cada unidade. Os objectivos fixados poderão/deverão vir a estar associados a um sistema de avaliação de desempenho e a uma política de incentivos. Paralelamente deverão estar associados à atribuição de uma parte do plano de convergência (30%), em função do grau de cumprimento dos objectivos fixados.

Os objectivos negociados devem ser objecto de uma monitorização mensal mas com efeitos no final de cada exercício económico. Os objectivos devem ser ambiciosos mas realizáveis e conduzir os hospitais para uma convergência em termos de desempenho de qualidade dos serviços prestados, de recursos humanos, operacionais e económico-financeiros.

É desejável que os objectivos a fixar para os hospitais do SNS:

- Apontem para uma convergência dos indicadores a prazo (2/3 anos) para níveis verificados nos melhores hospitais (em função do grupo de estrutura) do SNS.
- Apresentem melhorias sustentadas numa base anual (p. ex., melhoria da demora média, redução nos custos unitários), para que a médio prazo a globalidade dos hospitais possa estar a convergir para as melhores práticas.

- Exijam níveis de esforço proporcionais à posição de partida de cada unidade. Pedir um esforço maior aos que têm pior desempenho e um esforço menor aos que têm um melhor desempenho.
- Garantam a sustentabilidade económica, a prazo, dos Hospitais.

A definição dos objectivos por hospital está dependente da definição da tabela de preços e valores de convergência para 2006, por hospital, da negociação dos contratos-programa com cada hospital e da apresentação final do orçamento económico de cada uma das unidades hospitalares.

Serão criados indicadores específicos para as unidades de saúde da área da Psiquiatria com o objectivo de acompanhar a transferência adequada e progressiva dos cuidados prestados em internamento para ambulatório.

### 3. Conclusões

O estudo efectuado fez ressaltar a necessidade de clarificação urgente de conceitos como o de cirurgia de ambulatório e do tipo de sessões que podem ser classificadas como tratamentos em hospital de dia para que todos os hospitais tenham a mesma interpretação e seja contratada a mesma actividade.

Por outro lado concluiu-se que devem ser encontrados, a curto prazo, outros mecanismos de distribuição da verba fixa de convergência, em função de determinadas actividades específicas de cada Hospital, que actualmente se encontram remuneradas de uma forma subjectiva pela verba de convergência.

Foram ainda identificados aspectos a ter em consideração no futuro, designadamente:

- separação clara entre o financiamento da produção e o de outras actividades, nomeadamente formação e investigação;

- criação de grupos técnicos para estudo e aperfeiçoamento das principais questões identificadas para financiamento progressivo apenas dos hospitais acreditados;
- contratualização assente em informação sobre as necessidades da população;
- definição de um sistema de preços prospectivo e mais sinalizador para os prestadores;
- preços ajustados pelas diferentes realidades/ necessidades a nível nacional;
- actualização e cumprimento das redes de referenciação;
- pagamento autónomo da disponibilidade da Urgência;
- fixação de volumes de produção mínima a contratar em determinadas linhas de produção;
- sistema de custeio e contratualização interna a implementar nos hospitais.

Em termos gerais concluiu-se que a qualidade da informação disponível, a ausência de planeamento e a falta de robustez das modalidades de pagamento praticadas não dão garantias plenas ao desenvolvimento do processo de contratualização para 2006.

## ANEXO 1

TABELA DE PREÇOS

	Grupo	Preços 2005	Preços Propostos 2006	$\Delta$ 2006/2005
Internamento (GDH)	1	2.129,44	2.342,38	10%
	2	2.129,44	2.342,38	10%
	3	1.719,19	1.800,16	5%
	4	1.849,10	1.893,36	2%
Dias Crônicos Psiquiatria		75,70	83,30	10%
Dias Crônicos Ventilados		261,20	287,30	10%
Dias M.F.Reabilitação		219,50	241,50	10%
Consulta Externa	1	61,46	70,68	15%
	2	77,24	88,83	15%
	3	50,48	58,05	15%
	4	74,06	85,17	15%
Urgência	1	90,66	92,93	3%
	2	131,53	134,82	3%
	3	37,53	38,47	3%
	4	65,91	67,56	3%
	5	101,94	104,49	3%
Hospital de Dia				
Quimioterapia		300,00	360,00	20%
Hematologia		300,00	360,00	20%
Infecciosas		460,00	506,00	10%
Imuno-Hemoterapia		300,00	360,00	20%
Psiquiatria		34,00	37,40	10%
Radioterapia		-	256,49	-
Outras		24,00	24,00	0%
Lar (dias)		70,20	77,20	10%
Cuidados Domiciliários		25,8	40,6	57%

## ANEXO 2

### OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA

Áreas	Indicadores	Peso a atribuir
A. Qualidade e serviço	A. Taxa de readmissões no internamento nos primeiros cinco dias.	15%
B. Produção e eficiência operacional	B.1 Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas	20%
	B.2 Demora média	15%
C. Eficiência económico-financeira	C.1 Resultado líquido	30%
	C.2 Peso da remuneração extraordinária no total dos custos com pessoa	20%

## Anexo II

### Ofício-circular do IGIF n.º 08762 de 19 de Setembro de 2006



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Sua referência:

5 ARS

Nossa referência

CA      Ofício Circular

IGIF - 08762 - 19/09/06

ASSUNTO: **Contrato-Programa de 2007**

Tendo em conta o programa do Governo e os compromissos assumidos no Pacto de Estabilidade e Crescimento, "há que garantir a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, eliminando desperdícios e minimizando ineficiências, o que obriga à responsabilização de todos os níveis de gestão". A mesma preocupação encontra-se plasmada nas "Grandes Opções do Plano para 2005-2009".

A contratualização enquadra-se na política de descentralização e responsabilização de todos os níveis de gestão na utilização racional dos recursos e indispensável contenção da despesa.

Por outro lado, a revisão e aperfeiçoamento dos instrumentos de negociação e de acompanhamento no modelo de financiamento dos contratos-programa encontram-se entre as principais actuações previstas para 2007 e fazem parte integrante das Grandes Opções do Plano 2005-2009.

Assim, e na sequência das orientações dadas pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, o processo de contratualização para 2007 deverá ter início com o envio de pedido, aos hospitais, do preenchimento do Plano de Desempenho para 2007 e do Plano de Negócio para o período de 2007-2009, de acordo com o seguinte calendário:

1. Previsão da produção a realizar em 2007 (através dos ficheiros disponibilizados pela Novabase à Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde dessa ARS) – entrega até 4 de Outubro de 2006;  
À semelhança do que se passou no ano transacto, apenas serão autorizados os acréscimos de actividade que resultem da criação de novos serviços, devidamente fundamentados com base em critérios de necessidade imperiosa para as populações.



Ministério da Saúde

**IGIF**

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

2. Orçamento Económico para 2007 (respeitando as directrizes divulgadas por este Instituto no ofício n.º 7448, de 2 de Agosto último, a propósito da elaboração do Orçamento Financeiro para o ano de 2007, designadamente no que respeita aos acréscimos nas rubricas de pessoal (0%), consumos (4%) e fornecimentos e serviços (4%)) – entrega até 4 de Outubro de 2006;
3. Plano de Negócio 2007-2009 (através dos ficheiros disponibilizados na intranet PULSAR do Portal do IGIF, endereço <http://pulsar.min-saude.pt/default.aspx>, numa área de informação financeira de apoio à elaboração de Business Plans (Envio até 30 de Novembro de 2006). Quaisquer dúvidas suscitadas pela elaboração e preenchimento do Plano de Negócio deverão ser colocadas ao Dr. João Carapeto, para o endereço electrónico [jcarapeto@igif.min-saude.pt](mailto:jcarapeto@igif.min-saude.pt).
4. Especificamente, no caso dos Hospitais EPE, deverá ter-se em conta a metodologia apresentada em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

**Manuel Teixeira**  
*Presidente*



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

## ANEXO

### Instrumentos Previsionais de Gestão – Triénio 2007/2009 (HEPE).

A elaboração de instrumentos previsionais de gestão rigorosos, em que se deve incluir o orçamento económico e o plano de actividades anual e o plano estratégico a médio prazo (3 anos), são fundamentais para o bom acompanhamento e avaliação do desempenho dos Hospitais Empresa.

Dando cumprimento ao estabelecido no Decreto-lei nº 233/2005, devem os Hospitais EPE submeter aos senhores Ministros das Finanças e da Saúde, até ao final do mês de Outubro os planos de actividades e os respectivos orçamentos.

Tendo em conta o Programa do Governo e os compromissos assumidos no Pacto de Estabilidade e Crescimento, "há que garantir a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, eliminando desperdícios e minimizando ineficiências, o que obriga à responsabilização de todos os níveis de gestão".

Neste sentido o orçamento económico para 2007 a elaborar pelos Hospitais EPE deve respeitar as seguintes directrizes:

- a) Custos com Pessoal – crescimento de (0%).
- b) Consumos – crescimento máximo de (4%).
- c) Fornecimentos e Serviços Externos – crescimento máximo de (4%).



**NOTA :**

*Pessoal – Dando cumprimento ao nº 2 do artigo 14º do decreto-lei nº 233/2005, os Hospitais EPE devem prever anualmente uma dotação global de pessoal, através dos respectivos orçamentos, considerando os planos de actividades. Por outro lado, de acordo com o nº 3 do mesmo artigo, os Hospitais EPE, sem prejuízo do disposto no nº 4 do artigo 15º, não podem celebrar contratos de trabalho para além da dotação referida no nº anterior.*

- d) O orçamento económico deverá explicitar, ao nível dos proveitos, a previsão das operações financeiras a estabelecer com o Estado, no âmbito do contrato programa a celebrar com cada um dos hospitais.
- e) Os orçamentos económicos e planos de actividades deverão ser completados com os desdobramentos necessários para permitir a descentralização de responsabilidades e o adequado controlo de gestão.
- f) Todas as previsões apresentadas deverão estar fundamentadas através de uma nota explicativa.

Por outro lado, dando cumprimento ao decreto-lei nº 558/99 e tendo em conta a necessidade de os Hospitais EPE terem Planos Estratégicos/Planos de Negócios aprovados, devem estes hospitais proceder à actualização dos seus Planos de Negócio para o triénio 2007/2009 e remeter para aprovação até dia 30 de Novembro.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

*Hospitais EPE.*

Sua referência:

Nossa referência:

CA - Ofício Circular

IGIF-08755-06/09/19



**ASSUNTO: Instrumentos Previsionais de Gestão – Triénio 2007/2009 (HEPE).**

A elaboração de instrumentos previsionais de gestão rigorosos, em que se deve incluir o orçamento económico e o plano de actividades anual e o plano estratégico a médio prazo (3 anos), são fundamentais para o bom acompanhamento e avaliação do desempenho dos Hospitais Empresa.



Dando cumprimento ao estabelecido no Decreto-lei nº 233/2005, devem os Hospitais EPE submeter aos senhores Ministros das Finanças e da Saúde, até ao final do mês de Outubro os planos de actividades e os respectivos orçamentos.

Tendo em conta o Programa do Governo e os compromissos assumidos no Pacto de Estabilidade e Crescimento, "há que garantir a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, eliminando desperdícios e minimizando ineficiências, o que obriga à responsabilização de todos os níveis de gestão".

Neste sentido o orçamento económico para 2007 a elaborar pelos Hospitais EPE deve respeitar as seguintes directrizes:



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

- a) Custos com Pessoal – crescimento de (0%).
- b) Consumos – crescimento máximo de (4%).
- c) Fornecimentos e Serviços Externos – crescimento máximo de (4%).

**NOTA :**

*Pessoal – Dando cumprimento ao nº 2 do artigo 14º do decreto-lei nº 233/2005, os Hospitais EPE devem prever anualmente uma dotação global de pessoal, através dos respectivos orçamentos, considerando os planos de actividades. Por outro lado, de acordo com o nº 3 do mesmo artigo, os Hospitais EPE, sem prejuízo do disposto no nº 4 do artigo 15º, não podem celebrar contratos de trabalho para além da dotação referida no nº anterior.*

- d) O orçamento económico deverá explicitar, ao nível dos proveitos, a previsão das operações financeiras a estabelecer com o Estado, no âmbito do contrato programa a celebrar com cada um dos hospitais.
- e) Os orçamentos económicos e planos de actividades deverão ser completados com os desdobramentos necessários para permitir a descentralização de responsabilidades e o adequado controlo de gestão.
- f) Todas as previsões apresentadas deverão estar fundamentadas através de uma nota explicativa.

Por outro lado, dando cumprimento ao decreto-lei nº 558/99 e tendo em conta a necessidade de os Hospitais EPE terem Planos Estratégicos/Planos de Negócios aprovados, devem estes hospitais proceder à actualização dos seus Planos de Negócio para o triénio 2007/2009 e remeter para aprovação ao IGIF até dia 30 de Novembro, dando conhecimento à ARS Respectiva.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

A elaboração dos planos de negócio deverá obedecer aos requisitos do *template* que será disponibilizado em <http://pulsar.min-saude.pt/default.aspx>, numa área de informação financeira de apoio à elaboração de Business Plans. Quaisquer dúvidas suscitadas pela elaboração e preenchimento do Plano de Negócio deverão ser colocadas ao Dr. João Carapeto, para o endereço electrónico [jcarapeto@igif.min-saude.pt](mailto:jcarapeto@igif.min-saude.pt).

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho de Administração

Manuel  
João Carapeto  
Presidente

## Anexo III

# Legislação de enquadramento de linhas de produção - Despacho conjunto n.º 656/2005

12 836

DIÁRIO DA REPÚBLICA — II SÉRIE

N.º 169 — 2 de Setembro de 2005

pital de São João e entregue no Serviço de Recursos Humanos deste Hospital, pessoalmente ou remetido pelo correio, com aviso de recepção, desde que tenha sido expedido até ao termo do prazo fixado no n.º 4.1.

4.3 — Dos requerimentos devem constar os seguintes elementos:

- Identificação do requerente (nome, naturalidade, residência e telefone, número e data do bilhete de identidade e serviço de identificação que o emitiu);
- Categoria profissional e estabelecimento de saúde a que o requerente está vinculado;
- Referência ao aviso de abertura do concurso, identificando o número e data do *Diário da República* onde vem anunciado;
- Indicação de documentos que instruem o requerimento, bem como a sua sumária caracterização;
- Endereço para onde poderá ser remetido qualquer expediente relativo ao concurso.

5 — As falsas declarações prestadas nos requerimentos pelos candidatos serão punidas nos termos da lei penal.

6 — Os requerimentos de admissão devem ser acompanhados por:

- Documento comprovativo do grau de consultor na área profissional a que respeita o concurso;
- Documento comprovativo da posse da categoria de assistente graduado na respectiva área profissional há, pelo menos, três anos ou do despacho de equiparação a que se refere o n.º 2 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 210/91, de 12 de Junho.
- Sete exemplares do *curriculum vitae*;
- Documento comprovativo passado pelo serviço de origem, da qual constem, de maneira inequívoca, a existência e natureza do vínculo à função pública na categoria que detém e respectiva antiguidade na categoria, na carreira e na função pública.

7 — Método de selecção — o método de selecção consiste na discussão pública do *curriculum vitae*, nos termos do disposto na secção VI da Portaria n.º 177/97, de 11 de Março.

8 — A lista de candidatos será afixada no Serviço de Recursos Humanos do Hospital de São João, sendo desse facto notificados os concorrentes por ofício registado, com aviso de recepção. A lista de classificação final será publicada na 2.ª série do *Diário da República*.

9 — Constituição do júri:

Presidente — Prof. Doutor António Carlos Freitas Ribeiro Saraiva, director do serviço de cirurgia A do Hospital de São João.

Vogais efectivos:

Dr. Jaime Augusto Barros Rocha Reis, chefe de serviço de cirurgia geral — cirurgia A do Hospital de São João.  
Prof. Doutor Silvestre Porfírio Ramos Carneiro, chefe de serviço de cirurgia geral — cirurgia A do Hospital de São João.

Dr. Pedro José Castro Correia Silva, chefe de serviço de cirurgia geral — cirurgia A do Hospital de São João.  
Prof. Doutor António Manuel Estima Martins, chefe de serviço de cirurgia geral — cirurgia B do Hospital de São João.

Vogais suplentes:

Dr. Joaquim Sousa Rodrigues, chefe de serviço de cirurgia geral — cirurgia B do Hospital de São João.  
Dr. Luís Manuel Rodrigues Matos Lima, chefe de serviço de cirurgia geral — cirurgia B do Hospital de São João.

No impedimento do presidente do júri, assumirá essas funções o 1.º vogal efectivo.

18 de Agosto de 2005. — A Responsável do Serviço de Recursos Humanos, *Aida Pinheiro*.

## MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

**Despacho conjunto n.º 656/2005.** — A complexidade do diagnóstico das doenças genéticas do grupo das doenças lisossomais de sobrecarga exige o recurso a técnicas laboratoriais altamente especializadas.

Por outro lado, o seu tratamento deve suceder não apenas a um correcto diagnóstico como a um estudo clínico exaustivo da respon-

sabilidade de especialistas que uniformizem as condições da sua prescrição.

Devem, ainda, e para salvaguarda do princípio da equidade, ser uniformizadas as condições de dispensa de tais terapêuticas.

Terminado que está o prazo de vigência da Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga, torna-se adequado e oportuno reformular o âmbito e a logística da sua actuação, tendo como escopo uma melhor definição e organização da assistência aos doentes afectados por aquelas patologias.

No Instituto de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães coexistem todas as vertentes da genética médica, funcionando como uma instituição nacional de referência para o diagnóstico e a intervenção na maioria das doenças metabólicas.

Ao reunir as condições para assumir as funções até agora atribuídas à Comissão, designadamente as de confirmar o diagnóstico das doenças lisossomais de sobrecarga sempre que surja um novo caso ou seja proposto um tratamento, estabelecer os parâmetros que, segundo critérios rigorosos, permitam esperar vantagens com a administração do tratamento através da criação de um protocolo adequado, acompanhar e controlar o tratamento, estabelecendo, causticamente, a dose mínima eficaz, estabelecer um registo nacional de doentes com estas patologias com o grau e o tipo de lesões neles verificados, assim como orientar a realização de estudos epidemiológicos de âmbito nacional de forma a melhorar o conhecimento destas doenças em Portugal:

Nestes termos, os Ministros da Saúde e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior decidem:

1 — Dar por finda a Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga, criada pelo despacho n.º 4903/2003 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 13 de Março de 2003.

2 — Atribuir ao Instituto de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães a coordenação do diagnóstico e tratamento das doenças lisossomais de sobrecarga, ao abrigo do n.º 2 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 79/2005, de 15 de Abril.

3 — Determinar que o Instituto apresentará, anualmente, um relatório de actividades relativo às doenças lisossomais de sobrecarga aos Ministros da Saúde e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, com conhecimento ao director-geral da Saúde e ao presidente do INFARMED.

20 de Julho de 2005. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*. — O Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, *José Mariano Rebelo Pires Gago*.

## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

### Gabinete da Ministra

**Despacho n.º 19 125/2005 (2.ª série).** — 1 — Nos termos do estabelecido nos n.ºs 3 e 4 do artigo 19.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, e nas disposições conjugadas do n.º 3 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 208/2002, de 17 de Outubro, e do n.º 1 do artigo 8.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2004, de 28 de Abril, considerando que o *curriculum vitae* publicado em anexo evidencia perfil adequado e é demonstrativo da aptidão e da experiência profissional necessárias ao exercício do cargo em que é investido, é nomeado, em comissão de serviço, para o exercício das funções de director-adjunto do Gabinete de Informação e Avaliação do Sistema Educativo do Ministério da Educação o licenciado em Sociologia João José Trocado da Mata, investigador do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES/ISCTE).

2 — A presente nomeação produz efeitos a partir de 1 de Agosto de 2005.

29 de Julho de 2005. — A Ministra da Educação, *Maria de Lurdes Reis Rodrigues*.

### Curriculum vitae

João José Trocado da Mata, nascido em 1969.

Licenciado em Sociologia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Doutorando em Sociologia no ISCTE. Investigador do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES/ISCTE).

Leccionou no ISCTE na licenciatura em Sociologia a disciplina de Laboratórios II — Indicadores Estatísticos e Pesquisa Documental (2004-2005). Responsável pela disciplina de Metodologias de Observação da Sociedade da Informação no mestrado de ISCTE em Sociologia do Trabalho, do Emprego e das Organizações (STOE).

## **Anexo IV**



Alto Comissariado  
da Saúde



Coordenação Nacional para a  
Infecção VIH/sida

### **Modalidade de Pagamento para a Infecção VIH/sida**

#### **Princípios orientadores**

Em Portugal estima-se que existem cerca de 32.000 indivíduos infectados (19.000-53 000). Não se conhece a dimensão das infeções por diagnosticar e o número de indivíduos a necessitar de terapêutica anti-retrovírica (TARV).

A infecção VIH/sida, pelos elevados custos sociais e económicos associados e pela eficácia que a acção pública pode ter na mitigação dos seus efeitos e consequentemente desses custos, é um dos domínios prioritários do Plano Nacional de Saúde e do Programa do XXXVII Governo Constitucional.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) responsabiliza-se pela prestação de cuidados de saúde em todas as fases da história da doença e a todos os indivíduos infectados pelo VIH. No entanto, não é explícito o sistema de financiamento das unidades de saúde que seguem estes doentes em ambulatório, podendo colocar em causa a sustentabilidade e a equidade da prestação de cuidados. Estes factos, associados à impossibilidade de avaliação, são particularmente graves pela natureza imprescindível do tratamento e do seu custo associado

A explicitação do modelo de financiamento da prestação de cuidados em ambulatório permite:

- Aumentar a transparência e contestabilidade do modelo, responsabilizando o prestador de cuidados e o financiador;
- Aumentar a racionalização da prestação de cuidados, asseverando expressamente a sua qualidade, equidade e acessibilidade;
- Fortalecer a capacidade negocial das unidades hospitalares, visto possibilitar o planeamento e orçamentação da prestação de cuidados.

A contratualização, pela sua natureza intrínseca (separação do financiador do prestador), pode ser um instrumento de gestão que permite viabilizar a melhoria de qualidade, efectividade e eficiência dos cuidados de saúde prestados aos indivíduos infectados pelo VIH, melhorando a sua qualidade e esperança de vida.

A Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida e a Comissão para a Contratualização desenharam um Plano de Acção comum para desenvolver um modelo de financiamento dos prestadores de cuidados aos doentes com infecção VIH/sida.

O desenvolvimento do Plano de Acção teve em conta três premissas: (a) o estado da arte do tratamento; (b) complexidade associada a determinação de um valor equilibrado de financiamento; (c) inclusão dos interessados.

- (a) No exercício das suas funções, a CNSIDA criou um grupo de trabalho para a elaboração de recomendações terapêuticas baseadas no melhor conhecimento disponível. Este grupo de trabalho é constituído por Especialistas de Medicina Interna e Doenças Infecciosas, nomeados pelas respectivas sociedades médicas, e um representante da sociedade civil.
- (b) A natureza dos custos dos cuidados de saúde estão directamente relacionados com a fase de evolução da doença e com a experiência prévia a diferentes esquemas terapêuticos. Assim, merece maior aprofundamento técnico a determinação de um valor equilibrado a atribuir ao prestador por cada doente,.
- (c) Este Plano de Acção contempla a criação de uma Comissão de Acompanhamento na qual estarão representados os diferentes actores, associações de doentes, prestadores e financiadores, permitindo a sua contestabilidade e monitorização.

Assim, foram definidas três etapas para a sua implementação:

1. Financiamento de doentes declarados que iniciam TARV;
2. Determinação de custos por doente de acordo com a gravidade e complexidade;
3. Monitorização e Gestão da Doença.

## **Financiamento de doentes declarados que iniciam TARV**

As recomendações terapêuticas permitem definir, de acordo com o estado da arte, os cuidados necessários a um doente que inicia TARV.

Tendo em conta esses dados foram contabilizados os custos previsíveis com terapêutica (IGIF, Catálogo), meios de diagnóstico (Portaria nº567/2006 de 12 de Junho), e valor de cada consulta externa (Portaria nº567/2006 de 12 de Junho).

Foi assim definido um valor mensal a atribuir de 920€/doente, correspondendo a um valor anual de 11.040€/ doente. Fortalece-se ainda o processo de declaração da doença, sendo que apenas serão financiados os doentes declarados e em condições de iniciar terapêutica de acordo com as recomendações terapêuticas.

O modelo de financiamento terá início durante o primeiro semestre de 2007 como teste, assegurando-se o início formal a partir do segundo semestre.

O financiamento dos cuidados aos doentes em TAR em curso, ou experiência com prévia, será assegurado pelo modelo vigente.

### **Critérios de inclusão das Unidades Hospitalares**

1. Unidades hospitalares que acompanham mais de 400 doentes em terapêutica;
2. Unidades que desenvolvam activamente políticas de dinamização e monitorização da Adesão Terapêutica (requisitos mínimos a serem publicados brevemente).

### **Critérios inclusão/exclusão de doentes**

- Critério de vigilância epidemiológica (inclusão)
  - Declaração da Doença
- Critérios clínicos (de acordo com recomendações nacionais)
  - Inclusão: Doentes sintomáticos: doença definidora de SIDA
  - Inclusão: Situações alvo de justificação clínica individual
  - Exclusão: >350 cél. CD4+ / mm<sup>3</sup> e CV<100.000 cópias VIH-1 RNA/ml

## **Indicadores de monitorização e avaliação**

**Objectivo em saúde: Assegurar o aumento da esperança e qualidade de vida**

<b>Indicador de impacto</b>	<b>Proporção de doentes com infecção VIH controlada</b>
Definição do Indicador	nº de doentes que mantêm cargas víricas indetectáveis após 24 semanas de início da TARV sobre o total de doentes em terapêutica há mais de 24 semanas para o período em causa
Unidade de Medida	nº de doentes
Periodicidade de recolha	Semestral
Prazo para entrega do <i>Reporting</i>	1 semana
Base Comparativa	valor obtido durante o período experimental
Valor de Referência	Superior a 95%
Fonte de informação das variáveis	
Variáveis	Definição
nº de doentes com infecção VIH controlada	nº de doentes que mantêm cargas víricas indetectáveis após 24 semanas de início da TAR
Total de doentes	total de doentes em terapêutica há mais de 24 semanas para o período em causa

**Objectivo: Assegurar a continuidade da TARV através de iniciativas activas de adesão à terapêutica**

<b>Indicador Processo 1</b>	<b>Proporção adesão terapêutica antiretroviral</b>
Definição do Indicador	nº de doentes que levantaram terapêutica no corrente mês sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa
Unidade de Medida	nº de doentes
Periodicidade de recolha	Mensal
Prazo para entrega do <i>Reporting</i>	1 semana
Base Comparativa	valor obtido durante o período experimental
Valor de Referência	superior a 75%
Fonte de informação das variáveis	
Variáveis	Definição
nº de doentes que não levantam TARV	nº de doentes que levantaram terapêutica no corrente mês
Total de doentes	total de doentes em terapêutica para o período em causa

<b>Indicador Processo 2</b>	<b>Proporção de doentes que faltam a consulta hospitalar</b>
Definição do Indicador	nº de doentes que faltam a duas consultas hospitalares consecutivas sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa
Unidade de Medida	nº de doentes
Periodicidade de recolha	semestral
Prazo para entrega do <i>Reporting</i>	1 semana
Base Comparativa	valor obtido durante o período experimental
Valor de Referência	valor obtido durante o período experimental
Fonte de informação das variáveis	
Variáveis	Definição
nº de doentes em consulta hospitalar	nº de doentes que faltam a duas consultas hospitalares consecutivas
Total de doentes	total de doentes em terapêutica para o período em causa

## Perspectivas futuras

### Determinação de custos por doente de acordo com a gravidade e complexidade

Actualmente, através do sistema de custeio introduzido em algumas unidades hospitalares, será possível desenvolver um sistema que permita definir os cuidados prestados e custos associados a cada estadio da infecção VIH/sida, ocorrência de co-morbilidades e experiência terapêutica.

Durante o ano de 2007, irá ser desenvolvido um estudo para a determinação dos diferentes valores e irá ser definido o modelo para a implementação de um sistema de financiamento dos cuidados envolvidos.

## 2. Monitorização e Gestão da Doença

Considerando o financiamento da melhor prática clínica, os diferentes actores de financiamento/prestação de cuidados de saúde devem ser responsabilizados pelos resultados obtidos. A sua determinação deve obedecer a um sistema de monitorização e gestão da doença. Encontra-se em desenvolvimento um caderno de encargos para um sistema informático de suporte à recolha e tratamento dos dados da infecção VIH/SIDA, enquadrado na Arquitectura dos Sistemas de Informação do Sistema Nacional de Saúde.

## Anexo

**Tabela 1.** Consumo de medicamentos em patologias e hospitais seleccionados – Infecção VIH 2005, (Gabinete do Ministro da Saúde, 2006)

Unidades Hospitalares	Nº de Doentes	€ Total ARVs	€ ARVs/ Doente
CH Lisboa Central	1.223		
CH Lisboa Ocidental	1.615		
Hospital Curry Cabral	1.846		
Hospital Garcia de Orta	1.011		
HG Santo António	334		
Hospital Santa Maria	2.018		
Hospital São João	1.292		
HUC	604		
<b>Total Doentes</b>	9.943	72.295.477,00 €	7.270,99 €

**Tabela 2.** Caracterização dos doentes em HAART nas unidades hospitalares estudadas (CNSIDA 2006, hospitais respondentes).

Ano	N.º de doentes em HAART	N.º de doentes que iniciaram HAART	% de doentes que iniciaram HAART
2003	4841	498	10,29
2004	8713	983	11,28
2005	9565	1095	11,44

**Tabela 3.** Impacto financeiro, considerando diferentes cenários (valor anual considera que todos os doentes iniciam terapêutica em Janeiro de cada ano).

N.º de Doentes	Valor anual Apurado (€)	Valor mensal Apurado (€)
1	11.031,11 €	919,26 €
500	5.515.555,00 €	459.629,58 €
1000	11.031.110,00 €	919.259,17 €
1250	13.788.887,50 €	1.149.073,96 €
1500	16.546.665,00 €	1.378.888,75 €
2000	22.062.220,00 €	1.838.518,33 €

**Tabela 4.** Unidades Hospitalares com mais de 400 doentes em ARVs.

Unidades Hospitalares	N.º de Doentes em TARV 2005
Centro Hospitalar de Coimbra	428
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	438
Hospital Pulido Valente	442
Hospital Distrital de Faro	497
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	584
HUC	604
Centro Hospitalar de Cascais	661
Hospital de São Bernardo - Setúbal	996
Hospital Fernando Fonseca	1006
Hospital Garcia de Orta	1011
CH Lisboa Central	1223
Hospital São João	1292
Hospital de Joaquim Urbano	1398
CH Lisboa Ocidental	1615
Hospital Curry Cabral	1846
Hospital Santa Maria	2018
<b>TOTAL</b>	<b>16059</b>

#### Procedimento para o apuramento de valor a pagar por doente que inicia terapêutica

1. Analisados todos os 24 esquemas terapêuticos equivalentes e seleccionado o percentil 30 de acordo com os preços praticados no Catálogo do IGIF (valores máximos de aquisição).
2. Contabilizados o valor de MCDTs de acordo com *standard of care* + uma genotipagem VIH (valores de acordo com Portaria nº567/2006 de 12 de Junho).
3. Contabilizados os valores de consulta externa de acordo com *standard of care* (valores de acordo com Portaria nº567/2006 de 12 de Junho).

## Anexo V



### Diagnóstico Pré-Natal

#### FUNDAMENTAÇÃO

Nos últimos anos verificaram-se mudanças significativas na área da saúde materna e infantil em Portugal, que se traduziram, entre outras, na diminuição da mortalidade perinatal e infantil por causas evitáveis, assumindo as anomalias congénitas maior relevo para os serviços e para a própria sociedade, representando no final da década de 90, a 2ª causa de morte naqueles grupos etários.

Nesse contexto, foi estabelecido e regulamentado, através dos Despachos Ministeriais 5411/97 e 10324/99 o Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal (DPN), que, entendido como o conjunto de procedimentos com o objectivo de avaliar se um embrião ou feto é portador de uma determinada anomalia congénita, tem vindo a constituir-se num componente essencial da prestação de cuidados de saúde pré-natais nas Instituições da Rede de Referência Materno-Infantil, como pode ser constatado através das sucessivas avaliações dessa actividade, realizadas pela DGS (disponíveis no site). Por outro lado, o *estudo epidemiológico dos óbitos no período perinatal alargado* evidencia, desde 2003, uma redução dos óbitos por anomalias congénitas, que ocupam, agora, o 3º lugar entre as causas de morte perinatal e infantil.

No âmbito do DPN, a ecografia obstétrica é uma técnica imprescindível cujo rápido aperfeiçoamento, na última década, induziu mesmo a criação de novas áreas de especialização como a medicina fetal, a cardiologia e a nefrologia fetais. Com o desenvolvimento e a “universalização” desta técnica, tem sido sentida a necessidade de a mesma ter de obedecer a critérios que permitam garantir, minimamente, a qualidade dos exames, pelo que foram publicados instrumentos normativos que definem o tipo de equipamento necessário e o modelo de relatórios ecográficos a serem utilizados pelas

unidades de ecografia e foram já realizados 5 cursos de aperfeiçoamento em ecografia fetal para médicos do SNS.

Apesar das medidas implementadas, persiste a preocupação com a realidade actual daqueles exames no sector convencionado, cuja qualidade (frequentemente reflectida nos meios de comunicação social) nem sempre se enquadra nos objectivos que se pretende atingir.

Assim, considerando que:

- no Plano Nacional de Saúde é afirmado “dar-se-á prioridade ao programa de DPN de forma a alcançar um número crescente de grávidas e prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez”;
- no mesmo documento se afirma ser necessário “desenvolver uma estratégia de integração efectiva dos diversos níveis de cuidados” e que “será privilegiada uma organização em *clusters* dos recursos complementares a prestação dos cuidados existentes que permita ganhos de acessibilidade, eficiência e efectividade para o sistema”;
- a estrutura da Rede de Referência Materno - Infantil está solidamente implantada e é efectiva a articulação entre os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP e HAPDiferenciados) e os Centros de Saúde da sua área;
- o período de estabelecimento de novos modelos de organização e gestão dos hospitais e dos cuidados primários em que nos encontramos, cria um ambiente propício à introdução de formas inovadoras de complementaridade na prestação de cuidados;
- as medidas propostas contribuem para a rentabilização do equipamento instalado na rede pública, para a redução da despesa com exames (obrigatórios na vigilância pré-natal) actualmente realizados no sistema convencionado e para a manutenção dos recursos financeiros dentro do próprio SNS;
- as medidas propostas representam um forte contributo para a integração e continuidade de cuidados e promovem a equidade no acesso a cuidados de qualidade;
- existe alguma experiência já em curso e com resultados muito satisfatórios em termos de ganhos em saúde,
- a Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes coloca à consideração superior a possibilidade de inclusão dos itens abaixo indicados, no conjunto de actividades a serem contractualizadas com os hospitais, no âmbito dos contratos programa.

## PROPOSTA

Contratualização com os serviços de obstetrícia para a realização de ecografia obstétrica às grávidas seguidas nos CS que constituem a Unidade Coordenadora Funcional (UCF), nas seguintes condições:

1. ecografia do 1º trimestre conjugada com rastreio bioquímico do 1º T – 11-14 semanas de gestação

e/ou

2. ecografia do 2º trimestre conjugada com consulta de risco obstétrico – 18- 22 semanas de gestação

*No estabelecimento destes contratos deve ficar salvaguardado que parte da receita obtida pela Instituição **(cerca de 20%)** reverte para as unidades de ecografia com a finalidade de gerar receita que possibilite a renovação do equipamento e actualização dos recursos humanos, incentivando assim a produtividade.*

#### **INSTITUIÇÕES A PRIVILEGIAR NESTE PROJECTO:**

##### **ALENTEJO**

H. José Joaquim Fernandes - Beja

##### **ALGARVE**

H. de Faro

##### **NORTE**

H. S. Marcos - Braga, H. S. João, M. Júlio Diniz, C. H. V. Nova de Gaia, C.H. Vila Real/Peso da Régua e H. Senhora da Oliveira - Guimarães

##### **CENTRO**

M. Bissaya Barreto, M. Daniel de Matos

##### **LVT**

M. Alfredo da Costa, H. Garcia de Orta, H. S. Maria, H. N.S.Rosário - Barreiro

#### **INDICADORES**

- N° de grávidas que seguiram o protocolo 1/total de grávidas seguidas no CS
- N° de grávidas que seguiram protocolo 2/total de grávidas seguidas no CS
- N° de grávidas que efectuaram protocolo 1 e 2/total de grávidas seguidas no CS
- N° de grávidas que não entraram no protocolo /total de grávidas seguidas no CS
- N° de fetos com anomalias diagnosticadas/total de grávidas do protocolo
- N° de anomalias detectadas, confirmadas pós-parto ou pós-IVG/n° total de anomalias diagnosticadas
- N° de Recém-Nascidos com anomalias detectadas no pós-parto cujas mães cumpriram o protocolo/ total de grávidas do protocolo
- Grau de satisfação das utentes que integraram o protocolo (inquérito na altura da alta pós-parto)

#### **DADOS ESTATÍSTICOS DE 2004**

INE (nados vivos - nv) e GDH (partos)

##### *ALENTEJO*

Beja - 1399 nv no Distrito/UCF - (n° de partos no hospital = 1329)

**Em média 50% das grávidas são seguidas nos CS.**

### *ALGARVE*

Faro - 3073 nv UCF (nº de partos no hospital = 2885)

**Em média 40% das grávidas são seguidas nos CS.**

### *NORTE*

Braga e Barcelos - 4967 nv UCF (nº de partos no hospital = 2782)

H.S.João - nº de partos no hospital = 2768

MJD - 2430 nv na UCF (nº de partos no hospital = 3213)

CHVNG - nº de partos no hospital = 2123

CH. Vila Real/P.Régua – nº de partos no hospital = 1401

H. Guimarães - nº de partos no hospital = 3084

**Em média 60% das grávidas são seguidas nos CS.**

### *LVT*

MAC - 4884 nv na UCF (nº de partos no hospital = 5722)

HGO - 4305 nv UCF (nº de partos no hospital = 3847)

H. F. Fonseca - 6663 nv UCF (nº de partos no hospital = 4361)

H. S. Maria - 2972 nv UCF

H. Barreiro - 3005 nv UCF - nº de partos no hospital = 1870

**Em média 60% das grávidas são seguidas nos CS.**

### *CENTRO*

MBB - nº de partos no hospital = 3131

MDM - nº de partos no hospital = 3385

Nv distrito de Coimbra = 3854

**Em média 60% das grávidas são seguidas nos CS.**

**NOTA** – as avaliações têm demonstrado que cerca de 25% das grávidas chega ao CS após as 12 sem. de gestação, pelo que numa 1ª fase devem ser deduzidas do cálculo de exames previsíveis para o protocolo 1.

**O aumento do nº de grávidas que recorre ao CS precocemente de modo a permitir o cumprimento deste protocolo pode ser uma meta para os CS/USF.**

### **ÍNDICE DE PREÇOS (IGIFS)**

Ecografia 1º trimestre = 23,9 €

Rastreio bioquímico = 10,3 € + 7,6 €

Ecografia 2º trimestre = 41,6 €

Consulta hospitalar = 30,0 €

## Anexo VI



### **Registos Oncológicos Regionais e Utilização de Medicamentos em Oncologia**

A vigilância epidemiológica do cancro envolve a recolha sistemática de informação acerca dos casos de cancro e características das populações e a produção, análise e interpretação de indicadores da carga de doença oncológica, tratamentos e respectivos resultados, tendo a capacidade de orientar esforços de prevenção e de planeamento dos cuidados de saúde e de suportar investigação epidemiológica, biomédica e em serviços de saúde, enquadrando as políticas de Saúde Pública. Constitui-se desta forma como uma ferramenta essencial em todos os aspectos do controlo das doenças oncológicas, através da (i) compreensão dos factores que afectam a ocorrência de cancro e a sua variação ao longo do tempo e entre subgrupos populacionais, gerando e testando hipóteses, (ii) identificação de alvos para intervenções, (iii) avaliação do impacto de medidas implementadas no âmbito das políticas de saúde, designadamente os rastreios de cancro, e (iv) previsão das necessidades de recursos humanos, instalações e equipamento destinados a prevenção primária, rastreio, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e terminais a doentes com cancro.

Os registos de cancro de base populacional (RO) são uma peça central do sistema de vigilância pelo seu envolvimento na recolha, classificação e consolidação da informação relativa a novos casos de cancro e o seu seguimento por toda a vida, designadamente através de registos hospitalares, médicos e de anatomia patológica e dos dados constantes nas certidões de óbito. Os RO permitem a análise e interpretação de características patológicas dos cancros, incidência, mortalidade, recorrência e sobrevivência nos diferentes grupos populacionais e podem servir de base a investigações promovidas no âmbito dos próprios RO ou por instituições externas.

Em Portugal, por falta de reconhecimento da sua utilidade e imprescindibilidade, a vigilância epidemiológica das doenças oncológicas através de RO é deficitária e inconsequente, apesar da cobertura do território nacional, excepto a Região Autónoma dos Açores, por três Registos Oncológicos Regionais (ROR).

As últimas publicações do ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro referem-se aos anos de 1998-1999, 1998 e 1997, respectivamente. O ROR-Sul abrange uma população de cerca de 4.400.000 habitantes, tendo sido registados em 32981 casos de cancro (incluindo 346 casos de cancro da pele não melanoma) em 1998 e 1999, correspondendo a uma taxa de incidência bruta de 374,5/100.000 e a uma taxa padronizada (método directo, população europeia) de 297,9/100.000.

O RORENO registou 8646 casos de cancro (excluindo cancros da pele não melanoma) em 1998, numa população de 3.119.020 habitantes, correspondendo a uma taxa de incidência bruta de 277,2/100.000 e a uma taxa padronizada (método directo, população europeia) de 274,8/100.000. Relativamente aos cancros do pâncreas e do pulmão, por exemplo, as taxas de incidência produzidas com base nos casos de cancro registados pelo RORENO relativamente a 1998 foram inferiores às taxas de mortalidade no mesmo período, reflectindo uma insatisfatória exaustividade do registo de cancro.

O ROR-Centro cobre uma população de 2.357.388 habitantes. Em 1997 registou 5754 casos de cancro, mas não foram considerados os casos identificados nos hospitais de S. Teotónio – Viseu, Hospitais Distritais de Castelo Branco, Alcobaça, Tondela e Cantanhede, pelo que as taxas de incidência calculadas (incidência bruta: 244,1/100.000; taxa padronizada, método directo, população europeia: 195,2/100.000) subestimam claramente a incidência nesta região.

Os três ROR não recolhem a mesma quantidade de informação e utilizam sistemas de codificação diferentes, não estando disponíveis dados de incidência de âmbito nacional (a última publicação desta natureza refere-se ao ano de 1993), para os anos mais recentes ou para um período que permita estimar a sua evolução de forma válida. A utilização dos ROR como ferramentas de gestão ou como instrumentos de apoio a actividades de investigação nas suas diversas vertentes não se coadunam com a falta de exaustividade e com os atrasos que actualmente se observam na disponibilização da informação mais básica pelos registos. Adicionalmente, as limitações de qualidade condicionam enormemente a interpretação e utilização dos dados produzidos.

Reconhecendo a importância dos ROR nas actividades de vigilância epidemiológica do cancro a nível nacional, é proposta a disponibilização dos meios necessários para que a

colheita de dados sobre doentes oncológicos e respectiva análise e interpretação sejam orientadas de forma que os ROR se caracterizem por:

1. Elevados níveis de exaustividade no registo, com classificação correcta dos casos relativamente à topografia, histologia, estágio e tratamentos efectuados, para além da caracterização sociodemográfica, e seguimento dos doentes ao longo da vida;
2. Avaliação regular do desempenho das actividades de registo, efectuada internamente e por entidades externas;
3. Flexibilidade dos procedimentos e instrumentos de registo para incorporar a recolha de dados suplementares no âmbito de avaliações específicas, designadamente relacionadas com o apoio à avaliação da efectividade dos tratamentos;
4. Produção, análise e interpretação de indicadores da carga de doença oncológica e a respectiva publicação a nível nacional e internacional;
5. Capacidade para medir a actividade em oncologia de cada instituição. Facultar aos hospitais e centros de saúde o acesso à informação sobre doentes que a eles recorrem, constituindo-se como um instrumento de utilidade clínica e ferramenta de gestão;
6. Capacidade para apoiar os programas de rastreio de cancro na monitorização e avaliação das actividades de rastreio, através do fornecimento atempado de informação válida;
7. Disponibilidade para apoiar actividades de investigação promovidas por entidades externas e para integrar projectos de investigação.

Tendo em consideração a possibilidade de integração de diferentes bases de dados como forma de identificar casos de cancro e de obter uma grande parte da informação que lhes diz respeito, os três ROR deverão organizar as suas actividades em torno de uma estrutura desta natureza, em que o identificador dos casos será o número do cartão de utente. Contudo, poderão coexistir estratégias complementares para a identificação e seguimento de todos os casos de cancro, assim como para assegurar a validade da informação que lhes diz respeito; naturalmente que em contextos distintos será necessário ajustar os procedimentos à realidade local.

Deverão ser consideradas como metas para a exaustividade dos registos os valores médios dos diferentes indicadores apresentados na publicação “Cancer Incidence in Five Continents” mais recente, considerando apenas os registos de países europeus.

A utilização de uma plataforma informática para registo dos casos de cancro e actualização da respectiva informação é imprescindível para que seja centralizada em cada um dos ROR uma base de dados única contendo a informação mais actualizada de cada doente, a que terão acesso, de acordo com os níveis de permissão atribuídos em cada instituição, todos os intervenientes no respectivo registo. Este instrumento deverá agilizar os processos de recolha e disponibilização da informação.

Em 2008 deverá ser possível que as diferentes instituições com actividade em oncologia acedam à informação relativa aos doentes com que contactaram com um desfasamento máximo de um trimestre.

A colaboração entre os três ROR é desejável e necessária, para optimização do uso de recursos (*e.g.* plataforma de recolha de dados, produção de relatórios), de modo a harmonizar procedimentos (*e.g.* formação conjunta, reuniões para discussão das actividades desenvolvidas em cada registo, garantia da comparabilidade dos dados) e a aumentar a exaustividade e validade dos registos efectuados em cada um dos ROR (*e.g.* partilha de informação sobre casos, ligação entre as plataformas de recolha de informação).

Os meios humanos e técnicos actualmente disponíveis em cada um dos ROR deverão ser ajustados aos objectivos a atingir e aos prazos estipulados para a sua consecução. No quadro 1 são descritos objectivos específicos a alcançar a partir de 2007, sendo definidas responsabilidades e indicados os prazos/periodicidade para a sua consecução, a ajustar após o primeiro ano e de acordo com informações recolhidas acerca do funcionamento de registos oncológicos europeus.

Recomendamos que no período 2007-2010 a prioridade dos ROR seja o cumprimento dos objectivos relativamente aos casos incidentes neste período, mesmo que isso implique que sejam descontinuados os esforços para recolha de informação relativa aos casos de anos anteriores.

O apetrechamento dos ROR com os meios necessários para produzir atempadamente informação válida permitirá quantificar a actividade em oncologia e efectuar o respectivo financiamento de acordo com a informação registada. Se no segundo semestre de 2007 os ROR estiverem reequipados e a funcionar como previsto, será possível ter instrumentos adicionais, parciais, que poderão ser úteis na contratualização para 2008. Em 2008 deverá ser atingida uma maior capacidade de produção de informação adequada, reforçando a utilidade dos instrumentos de apoio à actividade clínica e de gestão.

De acordo com as informações fornecidas pelos Directores dos Centros do Instituto Português de Oncologia, estima-se que os custos aproximados para o funcionamento dos ROR em 2007, de acordo com o modelo proposto, seja de cerca de 300.000 € para o ROR-Sul, 300.000 € para o RORENO e 150.000€ para o ROR-Centro.

**Quadro 1.** Objectivo dos ROR para o período 2007-2010, com definição dos responsáveis por cada actividade e prazo limite para a respectiva conclusão.

	<b>Objectivos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Data</b>
1.	Produção de manuais para o registo a seguir pelos três ROR	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	1ª versão até final de 2006 Revisão semestral em 2007 Revisão anual após o 1º ano
2.	Desenvolvimento, optimização e adopção de plataforma(s) informática(s) para recolha de dados	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	1º semestre de 2007 Revisão anual
3.	Formação conjunta do <i>staff</i> dos três ROR	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Antes do final de 2006 Semestralmente em 2007 Anualmente a partir de 2007
4.	Produção de documento que estabeleça a forma de acesso de cada uma das instituições de saúde com actividade em oncologia à informação referente aos doentes com que contactaram, através da plataforma dos ROR ou por solicitação aos ROR	Cada um dos ROR individualmente	Dezembro de 2007
5.	Produção de indicadores de desempenho, para cada instituição com actividade em oncologia, no âmbito da actividade oncológica e do registo dos casos de cancro	Cada um dos ROR individualmente	A partir do início do 2º semestre de 2007, deverão ser disponibilizados trimestralmente os indicadores referentes ao trimestre anterior
6.	Produção e divulgação de documento que descreva os procedimentos e critérios para a disponibilização de informação a investigadores que requeiram o acesso aos dados	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	1º semestre de 2007
7.	Publicação dos dados de incidência, e respectivos indicadores de qualidade, de âmbito regional	Cada um dos ROR individualmente	Até ao final de 3º trimestre de cada ano deverão ser publicados os dados referentes ao ano anterior
8.	Publicação dos dados de incidência, e respectivos indicadores de qualidade, de âmbito nacional	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Até Dezembro de 2010 deverão ser publicados dados referentes aos casos incidentes em 2007 e 2008
9.	Publicação de projecções de incidência de âmbito nacional	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Até Dezembro de 2010
10.	Publicação de dados de sobrevivência (ao fim de um ano) de âmbito nacional	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Até Dezembro de 2010 deverão ser publicados dados referentes aos casos incidentes em 2007 e 2008
11.	Auditorias internas	Cada um dos ROR individualmente	Periodicidade a definir por cada ROR
12.	Auditorias externas	Promoção pela CC-IPO	No 4º trimestre de cada ano deverão ser efectuadas auditorias referentes ao ano anterior
13.	Publicação dos dados de incidência e indicadores de qualidade no volume X do “Cancer Incidence in Five Continents”, da IARC	Cada um dos ROR individualmente	Prazos definidos pela IARC

## **Utilização de medicamentos em Oncologia**

Os fármacos actualmente disponíveis no tratamento da doença oncológica são múltiplos.

Se aos mais recentemente introduzidos faltará uma noção mais real da sua efectividade aos mais “antigos” já corresponderá uma noção mais sedimentada e, em muitos casos, mais consensual do seu valor.

Em relação às terapêuticas mais “antigas” (seja na terapêutica dirigida à doença seja na terapêutica de suporte) existe actualmente um razoável consenso sobre a sua utilização quer no que diz respeito, por exemplo, ao escalonamento de fármacos de um determinado grupo (vd. analgésicos), quer no que diz respeito à ausência de vantagens relativas dentro de um mesmo grupo (vd. anti-eméticos anti-serotoninérgicos). Esse consenso baseia-se em várias fontes, particularmente na múltipla literatura sobre o assunto bem como diferentes “guidelines”.

De forma a generalizar o acesso e bom uso destes fármacos sugere-se que em cada Instituição se reequacionem as práticas no que concerne a diversos grupos terapêuticos / patologias

### **Propostas:**

No âmbito específico das terapêuticas em Oncologia, na tentativa de otimizar o consumo destes fármacos dever-se-ão ter em conta diferentes perspectivas / medidas, sugerindo-se:

1. O cumprimento das orientações constantes dos respectivos RCM's (Resumo das Características do Medicamento), nomeadamente no que concerne às indicações aprovadas. As indicações “off-label” podem ser eventualmente consideradas, mas devem estar sempre dependentes do parecer das Comissões de Farmácia e Terapêutica.
2. A promoção de práticas mais uniformes em cada Instituição para cada patologia ou de cada grupo terapêutico

3. Promover a elaboração e avaliação de protocolos terapêuticos que deverão ser explícitos nos critérios de inclusão e plano terapêutico.
4. Garantia de transversalidade, intrainstitucional, na aplicação dos protocolos.
5. Definição de grupos de fármacos com fins terapêuticos similares, de modo a seleccionar fármaco(s) de forma a permitir condições mais favoráveis na respectiva aquisição.

Devem ser considerados:

- Anti-Eméticos Anti-Serotoninérgicos sem efeito sobre emese tardia:
  - Ondansetron;
  - Granisetron;
  - Topisetron;
  - Dolasetron.
- G-CSF:
  - Filgrastim;
  - Lenograstim.
- Eritropoietinas:
  - Darbepoietina alfa;
  - Epoietina beta.
- Agonistas LH-RH (próstata):
  - Goserilina;
  - Triptorilina;
  - Buserilina;
  - Leuprolide.
- Anti-Androgéneos:
  - Flutamida;
  - Bicalutamida;
  - Nilutamida.
- Ácido Fólnico:
  - mistura racémica;
  - forma levógira.

6. Estimulação do uso de formas de administração que, sem prejuízo da eficácia, se revelem mais económicas (p. ex. Paracetamol oral vs. parentérico)

### **Métodos de monitorização**

Recomenda-se também que seja monitorizada a utilização de medicamentos em Oncologia, coordenada pelas Comissões de Farmácia e Terapêutica, distinguindo

aqueles com alternativas no mesmo grupo terapêutico e os de recente Autorização de Introdução no Mercado (AIM). De seguida são descritos métodos de fácil implementação e capazes de, directa ou indirectamente, informar acerca da adopção das medidas propostas, sem prejuízo de poderem ser utilizados outros indicadores ou formas de avaliação que se julguem mais adequados.

#### Medicamentos com recente Autorização de Introdução no Mercado

A monitorização das terapêuticas dirigidas à doença oncológica deverá centrar-se num conjunto de fármacos aos quais tenha sido atribuída recentemente a autorização de introdução no mercado ou uma nova indicação terapêutica:

- Bevacuzimab;
- Bortezomib;
- Cetuximab;
- Erlotinib;
- Pemetrexedo;
- Rituximab;
- Sorafenib;
- Sunitinib;
- Outros fármacos a definir.

O objectivo da avaliação é quantificar a proporção de tratamentos que tenham sido efectuados fora das indicações constantes nos RCMs/protocolos institucionais de cada medicamento.

Na ausência de registos sistemáticos, e disponíveis atempadamente, que permitam associar os tratamentos efectuados às características dos doentes, sugere-se o registo pela Farmácia Hospitalar dos tratamentos efectuados com qualquer dos fármacos a monitorizar e do doente que os efectuou. Deste modo será possível constituir uma listagem de tratamentos, cada um deles associado a um número de processo clínico, a partir da qual será extraída uma amostra para recolha de informação com base nos registos clínicos. É de salientar que a unidade de observação são os tratamentos (conjunto de ciclos) com cada um dos fármacos em avaliação, pelo que diferentes prescrições podem estar incluídas no mesmo tratamento ou em tratamentos diferentes, e o mesmo doente pode ter efectuado um ou mais tratamentos, com o mesmo fármaco ou com fármacos diferentes.

De modo a estimar prevalências de realização de tratamentos fora das indicações expressas nos RCMs de 10%, com uma precisão de 3%, para um  $\alpha=0,05$ , deverão ser avaliadas amostras de diferente dimensão, dependendo do número de tratamentos registados na instituição (Quadro 1).

Quadro 1. Dimensão da amostra em função do número de tratamentos efectuados na instituição (com os fármacos monitorizados) no período considerado.

<b>Número de tratamentos efectuados na instituição</b>	<b>Dimensão da amostra a avaliar</b>
600	235
400	197
200	132
100	80
< 100	todos os tratamentos

Uma vez identificados os processos correspondentes a cada um dos tratamentos seleccionados deverá ser extraída de cada um a informação necessária para verificar se o tratamento foi efectuado de acordo com as indicações expressas no respectivo RCM ou com o protocolo da instituição. Este procedimento deverá ser efectuado com formulários criados para cada um dos fármacos, incluindo a informação da respectiva aprovação pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Quando o tratamento seleccionado envolver mais do que um fármaco, deve ser efectuada a avaliação apenas relativamente ao que esteve na base da selecção.

A informação recolhida permite o cálculo da proporção de tratamentos efectuados com indicações diferentes das expressas nos RCMs/protocolos da instituição e aqueles que eventualmente se realizaram sem o parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Neste grupo devem também ser incluídos os casos em que nos processos clínicos não esteja registada a informação necessária para avaliar estes parâmetros.

#### Medicamentos com alternativas no mesmo grupo terapêutico

As recomendações efectuadas pela CNDO no sentido da selecção de fármaco(s) nos casos em que se verifique equivalência dos mesmos dentro de um grupo terapêutico e do uso de formas de administração que, sem prejuízo da eficácia, se revelem mais

económicas, deverá traduzir-se em práticas mais uniformes e, em cada um dos grupos, na utilização preferencial de alguns medicamentos em detrimento dos restantes.

Deste modo, para cada um dos grupos de medicamentos que são alvo destas recomendações, propõe-se que seja calculada a proporção dos gastos efectuados com o fármaco mais consumido (em valor expresso em Euros) relativamente ao somatório dos gastos com todos os fármacos do respectivo grupo anteriormente mencionados. Estes indicadores devem ser calculados em cada mês e comparados com os obtidos no mês precedente e em igual período do ano anterior.

A título de exemplo, admita-se que para os três fármacos do grupo dos Anti-Androgéneos abrangidos por estas recomendações, no mês de Março os consumos eram de 10.000€ para a Flutamida, 20.000€ para a Bicalutamida e 30.000€ para a Nilutamida. Sendo a Nilutamida o fármaco mais utilizado (em valor), deverá calcular-se a razão entre os consumos de Nilutamida e o somatório dos consumos de Flutamida, Bicalutamida e Nilutamida ( $30.000/(10.000+20.000+30.000)=0,5$ ). Neste caso, o fármaco mais consumido (em valor) representava 50% dos gastos com fármacos do grupo. Este resultado deveria ser comparado com a proporção de gastos com Nilutamida em Fevereiro do mesmo ano e em Março do ano anterior.

No caso do Paracetamol nas formas oral e intravenosa, deverá calcular-se a proporção dos gastos com a forma farmacêutica para administração parentérica.

Devem também ser comparados os preços unitários de cada um dos fármacos no mês em questão e no mesmo mês do ano anterior.

## **Anexo VII**

### **Cuidados Continuados**

#### **1. Âmbito de aplicação**

Entidades do SNS que integrem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, prestando cuidados de saúde em Unidades de Convalescença e/ou Unidades de Cuidados Paliativos (Decreto-Lei nº 101/2006, de 06 de Junho).

A integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados requer o reconhecimento prévio por parte da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência.

A integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pressupõe, também, a articulação com todas as Equipas e Unidades da Rede.

#### **2. O que contratualizar?**

Os cuidados de saúde a prestar nas unidades de internamento tipificadas nos anexos 1 e 2, que tenham como destinatários utentes cuja entidade financeira responsável seja o SNS, e conforme a carta de compromisso assumida.

Os cuidados de saúde a contratualizar são expressos em diárias de internamento remuneradas em conformidade com a Portaria nº 994/2006 de 19 de Setembro, ou em conformidade com despacho ministerial que venha a regular a matéria.

A remuneração efectua-se em conformidade com o quadro seguinte:

<b>Taxa de Ocupação registada no período (1)</b>	<b>Nº de dias de Internamento a remunerar</b>	<b>Valor da diária (2)</b>
<b>&lt;= 85 %</b>	Nº de dias de internamento efectivamente realizados no período	<b>83,30 €</b>
<b>] 85 %; 100 % ]</b>	Lotação contratualizada x Nº de dias do período	<b>83,30 €</b>

(1) Base mensal.

(2) Cfr. Portaria nº 994/2006 de 19 de Setembro.

#### **3. Sistema de Informação**

O sistema de informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é regulamentado por diploma próprio, conforme o disposto no nº1 do artigo 35º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 06 de Junho.

## ANEXO 1

### Unidade de Convalescença no hospital (1)

<b>Descrição</b>	É uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.
<b>Finalidade</b>	Destinam-se a doentes com dependência/perda transitória de autonomia, isto é, a pessoas que apresentam uma doença de base e que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico e que têm uma perda de autonomia potencialmente recuperável.
<b>Objectivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a recuperação funcional dos doentes com incapacidade ou deterioração reversível</li><li>• Controlar ou estabilizar sintomas ou sequelas</li><li>• Favorecer a adaptação à nova situação de dependência</li><li>• Facilitar e potenciar a reinserção familiar e social</li><li>• Potenciar a formação e educação de profissionais e cuidadores</li></ul>
<b>CrITÉrios de Referenciação</b>	<p>Doente que apresente alguma das seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes;</li><li>b) Doente com necessidade de:<ul style="list-style-type: none"><li>1) Reabilitação intensiva;</li><li>2) Alimentação por sonda nasogástrica;</li><li>3) Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;</li><li>4) Manutenção e tratamento de estomas;</li><li>5) Terapêutica parentérica;</li><li>6) Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;</li></ul></li><li>c) Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;</li><li>d) Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;</li><li>e) Doente crónico com risco iminente de descompensação;</li><li>f) Doente com indicação para programa de reabilitação duração previsível igual ou menor a 30 dias;</li><li>g) Doente com síndrome de imobilização.</li></ul>

(1). Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho e doc. "Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI", Setembro 2006)

## ANEXO 2

### Unidade de Cuidados Paliativos no hospital (1)

<b>Descrição</b>	É uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.
<b>Finalidade e objectivos</b>	Destinada a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal, que requerem cuidados em regime de internamento para orientação ou aplicação do plano terapêutico paliativo
<b>CrITÉrios de Referenciação</b>	<p>A situação de dependência que apresente alguma das seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Doente portador de doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base;</li><li>○ Necessidade de descanso do principal cuidador do doente paliativo, devidamente avaliada e documentada pela entidade que faz o pedido de admissão, com o limite anual de 90 dias.</li></ul>

(1) Cfr. Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de

## **Nota explicativa para os medicamentos**

Por não existirem fármacos específicos ou exclusivos dos Cuidados Paliativos ou de Convalescença, não é pertinente elaborar qualquer lista de medicamentos.

No entanto, os fármacos mais utilizados no contexto da palição, são os analgésicos, os ansiolíticos e os antidepressivos, cujos custos, se usados dentro das boas práticas preconizadas, não ultrapassarão o valor médio de € 5,00 / dia, valor este que foi considerado para o cálculo do preço da diária.

E os fármacos mais utilizados no contexto da convalescença, são os analgésicos, os ansiolíticos, os antibióticos e os iões, cujos custos, se usados dentro das boas práticas preconizadas, não ultrapassarão o valor médio de € 5,00 / dia, valor este que foi considerado para o cálculo do preço da diária.

Por não existirem meios complementares de diagnóstico e terapêutica onerosos / tecnologicamente diferenciados, considerou-se no preço da diária um valor médio de € 2,00 / dia para MCDT.

### CONVALESCENÇA - 2007

Região	NOME INSTITUIÇÃO (1)	Nº CAMAS	Taxa Ocupação prevista	Data início de funcionamento	Nº dias desde início até final do ano	Dias Internamento a contratualizar	Valor a contratualizar (€)
ARS Norte	Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, EPE	20	100%	Outubro	92	1.840	153.272,00 €
	Hospital de Nossa Sra. Conceição - Valongo	20	100%	Outubro	92	1.840	153.272,00 €
	Centro Hospitalar do Nordeste, EPE - Macedo de Cavaleiros	20	100%	Outubro	92	1.840	153.272,00 €
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (Hospital Pedro Hispano - nas instalações do Hospital Magalhães de Lemos)	22	100%	Janeiro	365	8.030	668.899,00 €
	Hospital Magalhães de Lemos - <b>Convalescença Saúde Mental</b>	20	100%	Outubro	92	1.840	153.272,00 €
ARS Centro	Hospital de Nossa Senhora da Ajuda (Espinho)	20	100%	Março	306	6.120	509.796,00 €
	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar)	15	100%	Abril	275	4.125	343.612,50 €
	Hospital de São Miguel (Oliveira de Azeméis)	20	100%	Outubro	92	1.840	153.272,00 €
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo (Cantanhede)	40	100%	Março	306	12.240	1.019.592,00 €
	Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	15	100%	Outubro	92	1.380	114.954,00 €
	Hospital Distrital de S. João da Madeira (Unidade de Vale de Cambra)	15	100%	Janeiro	365	5.475	456.067,50 €
	Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. – Hospital do Fundão	30	100%	Abril	275	8.250	687.225,00 €
	Hospital São Pedro Gonçalves Telmo (Peniche)	10	100%	Abril	275	2.750	229.075,00 €
	Hospital Amato Lusitano (UAI de Castelo Branco)	15	100%	Abril	275	4.125	343.612,50 €

Região	NOME INSTITUIÇÃO (1)	Nº CAMAS	Taxa Ocupação prevista	Data início de funcionamento	Nº dias desde início até final do ano	Dias Internamento a contratualizar	Valor a contratualizar (€)
ARS LVT	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	30	100%	Outubro	92	2.760	229.908,00 €
	Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE	20	100%	Junho	214	4.280	356.524,00 €
	Hospital de Júlio de Matos/Miguel Bombarda - convalescença Saúde Mental	30	100%	Outubro	92	2.760	229.908,00 €
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	20	100%	Outubro	92	1.840	153.272,00 €
	Hospital do Litoral Alentejano - Santiago do Cacém	20	100%	Junho	214	4.280	356.524,00 €
ARS Alentejo	Hospital do Espírito Santo (Évora)	20	100%	Maio	245	4.900	408.170,00 €
	Hospital José Maria Grande - Portalegre	20	100%	Outubro	92	1.840	153.272,00 €
	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. – Hospital de São Paulo (Serpa)	18	100%	Dezembro-06	365	7.300	608.090,00 €
ARS Algarve	Hospital Distrital de Faro/unidade instalada no Centro de Saúde de Loulé	20	100%	Janeiro	365	7.300	608.090,00 €
Total		482				98.955	8.242.951,50 €

(1) Apenas estão contempladas Unidades de Convalescença em Hospitais do SNS e que integram a RNCCI

### UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS - 2007

Região	NOME INSTITUIÇÃO (1)	Nº CAMAS	Taxa Ocup. prevista	Data início de funcionamento	Nº dias desde início até final do ano	Dias Internamento a contratualizar	Valor a contratualizar (€)
ARS Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	20	100%	Abril	275	5.500	458.150,00 €
ARS Centro	Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. - Hospital do Fundão	10	100%	Abril	275	2.750	229.075,00 €
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo (Cantanhede)	15	100%	Junho	214	3.210	267.393,00 €
	Hospital Distrital de S.João Madeira	5	100%	Junho	214	1.070	89.131,00 €
ARS LVT	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	10	100%	Outubro	92	920	76.636,00 €
	Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE	9		Junho	214	1.926	160.435,80 €
ARS Alentejo	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. - Hospital de São Paulo (Serpa)	2	100%	Junho	214	428	35.652,40 €
ARS Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Portimão)	7	100%	Maio	245	1.715	142.859,50 €
	Hospital Distrital de Faro	7	100%	Maio	245	1.715	142.859,50 €
<b>Total</b>		<b>85</b>				<b>19.234</b>	<b>1.602.192,20 €</b>

(1) Apenas estão contempladas Unidades de Cuidados Paliativos propostas por Hospitais e a integrar na RNCCI Hospitais

## Anexo VIII

### Tabela de Preços 2007

#### Contrato - Programa - Tabela de preços para 2007

Grupos de financiamento	Preço de 2006	Preços propostos para 2007 *
<b>Internamento e ambulatório (GDH Médicos e Cirúrgicos)</b>		
1	2.342,38	2.396,25
2	2.342,38	2.396,25
3	1.800,16	1.841,56
4	1.893,36	1.936,91
<b>Consultas Médicas</b>		
	Total de consultas médicas	
1	119,32	122,06
2	105,80	108,23
3	44,30	45,32
4	67,02	68,56
	Consultas subsequentes	
1		122,06
2		108,23
3		45,32
4		68,56
	Primeiras consultas	
1		134,27
2		119,05
3		49,85
4		75,42
<b>Urgência</b>		
1	92,93	95,07
2	134,82	137,92
3	38,47	39,35
4	67,56	69,11
4 **	104,49	106,89
<b>Hospital de dia:</b>		
	Quimioterapia	
	360,00	---
	Hematologia	
	360,00	368,28
	Infecçiology	
	506,00	517,64
	Imuno-hemoterapia	
	360,00	368,28
	Psiquiatria	
	37,40	38,26
	Outras sessões	
	24,70	25,27

Grupos de financiamento	Preço de 2006	Preços propostos para 2007 *
	<b>Dias de doentes crónicos:</b>	
	Psiquiatria	
	83,30	85,22
	Ventilados	
	287,30	293,91
	Med. Fís. Reabil.	
	241,50	247,05
	<b>Dias de permanência em Lar - IPO</b>	
	77,20	78,98
	<b>Visitas domiciliárias</b>	
	40,60	41,53
	<b>Radioterapia</b>	
	256,49	---

\* Preços de 2006 inflacionados com valor da inflação de 2005 - 2,3%

\*\* Hospitais do grupo 4 com urgência polivalente

## **Anexo IX**

### **Caracterização dos objectivos a contratualizar**

Foi entendimento desta Comissão definir indicadores que:

- Sejam facilmente entendidos, mensuráveis e que permitam um acompanhamento fácil por parte dos hospitais;
- Permitam reflectir os diferentes tipos de desempenho das unidades hospitalares;
- Sirvam para que o accionista/tutela possa dar uma orientação estratégica, relativamente ao desempenho que espera de cada unidade hospitalar.
- Os objectivos poderão/deverão estar associados a um sistema de avaliação de desempenho e a uma política de incentivos;
- Paralelamente deverão estar associados à atribuição de uma parte do plano de convergência, em função do grau de cumprimento destes objectivos;
- Devem ser objecto de uma monitorização mensal e com efeitos reais no final de cada exercício económico.

### **Quando e como devem ser fixados?**

- No início de cada ano, ou no final do ano anterior, devem ser definidos os objectivos/metast, **negociados com cada um dos hospitais**, para que se sintam responsáveis e possam ser responsabilizados pelo não cumprimento dos mesmos.
- Os objectivos devem ser **ambiciosos mas realizáveis** e conduzam os hospitais para uma **convergência em termos de desempenho** de qualidade dos serviços prestados, de recursos humanos, operacionais e económico-financeiros.